

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

234

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Avril 1909 à 1 heure

PAR

Edouard VICO

Né à Sampigny (Meuse)

Ancien aide d'anatomie de l'Ecole de Médecine de Caen

Ex-Interne de l'Hôtel-Dieu de Caen

Médaille d'or des Amis de l'Université

ÉTUDE SUR LES TRAITEMENTS

DES

HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES

Du Nouveau-Né

Président : M. PINARD, professeur

Juges } MM. GAUCHER, professeur
SEGOND, professeur
MARCEL LABBE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

16, rue Racine, 16

1909

234

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Avril 1909 à 1 heure

PAR

Edouard VICO

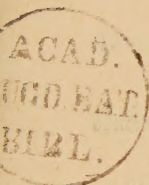
Né à Sampigny (Meuse)
Ancien aide d'anatomie de l'École de Médecine de Caen
Ex-Interne de l'Hôtel-Dieu de Caen
Médaille d'or des Amis de l'Université

ÉTUDE SUR LES TRAITEMENTS

DES

HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES

Du Nouveau-Né



Président : M. PINARD, professeur

Juges } MM. GAUCHER, professeur
SEGOND, professeur
MARCEL LABBE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		Ch. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		N...
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOFFER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRIUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

Compagne dévouée de mes études ; toute ma reconnaissance.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MES TANTES

A MES FRÈRES ET SŒUR

A TOUS MES ANCIENS MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE CAEN

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

ETUDE SUR LES TRAITEMENTS
DES
Hémorragies Gastro-Intestinales
DU NOUVEAU-NÉ

INTRODUCTION

L'hémorragie gastro-intestinale du nouveau-né est une affection relativement assez peu fréquente. Pendant la durée de mon stage à la clinique Baudelocque, dans le si intéressant service de M. le professeur Pinard, j'ai eu l'occasion de voir deux cas dont on trouvera les observations plus loin. M. le Dr Wallich, professeur agrégé, a profité de l'un d'eux qui a été suivi de guérison pour faire au pied du lit du petit malade une causerie magistrale qui résume les connaissances actuelles, dont voici la teneur :

« Les hémorragies gastro-intestinales sont caractérisées par leur début ordinairement brusque, sans

signes précurseurs, par des vomissements noirs, vomissements qui peuvent manquer, mais on trouve presque toujours des selles noires aqueuses, très abondantes. Ces cas sont souvent très graves, généralement suivis de mort. Cependant il existe des cas bénins, peut-être plus fréquents, mais qui passent inaperçus. La thérapeutique doit varier suivant les circonstances.

Étiologie. — Le traumatisme peut-être invoqué. Un certain nombre d'enfants, atteints de cette affection, se sont présentés par le siège et ont eu à souffrir d'un travail prolongé, amenant une congestion viscérale, cause possible des accidents signalés. Je dis possible, car cette cause est bien difficile à démontrer. En effet Hermary dans sa thèse a remarqué que souvent aussi l'accouchement avait été facile, court, mais qu'alors l'enfant ne pesait pas 2 kilogrammes.

Une autre cause est l'infection, la syphilis par exemple. Quelques auteurs invoquent les malformations d'organes pouvant influencer la circulation générale, tel que le foie par exemple ; Hergott signale un cas où le cœur gauche était atrophié, plusieurs fois on a trouvé le trou de Botal ou le canal artériel non oblitéré. Enfin quelquefois l'autopsie n'a montré qu'une vague congestion de la muqueuse intestinale sans qu'on puisse en indiquer la cause. Cette congestion peut cependant atteindre un tel degré d'intensité que M. Pinard crut un jour que,

par erreur, au lieu du lait prescrit, on avait donné un poison corrosif.

Symptomatologie. — Vers le deuxième jour après la naissance, rarement plus tard, on remarque du sang sur l'oreiller. Ce sang est généralement noir, coagulé, provient d'un vomissement qui tantôt n'est précédé d'aucun symptôme tantôt est annoncé par une agitation anormale. L'enfant refuse le sein ; ses traits sont altérés, ses chairs deviennent molles, flasques ; sa peau prend une couleur de cire, le cordon se dessèche, etc.

Cette hématomèse peut, il est vrai, manquer, mais on trouve presque toujours des selles noires, abondantes, souvent restant liquides, entourées d'une auréole rosée, ce qui permet de ne pas les confondre avec du méconium. Quelquefois il y a des caillots de sang ; dans quelques cas très graves, le sang s'écoule rouge et abondant surtout lorsqu'on remue l'enfant.

Si le siège de l'hémorragie est haut placé (estomac, duodénum), on aura d'abord l'hématomèse ; s'il est placé plus bas, on n'aura que du melœna. La température est importante à observer comme pronostic, elle est quelquefois tombée à 34 degrés ; si la baisse s'accroît, c'est que l'hémorragie continue.

Lorsque la maladie doit guérir, la température augmente peu à peu, le melœna devient moins abondant, puis apparaissent des masses vertes dans les selles qui bientôt ne présentent plus que quelques stries de sang.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic du melœna est en général des plus faciles, cependant il est bon de vérifier si la mère n'a pas de crevasses du sein ; l'enfant alors téterait du sang en même temps que du lait ; dans ce cas, naturellement la température ne varierait pas. On devra rechercher aussi si la bouche, la gorge ou le nez de l'enfant ne présentent pas d'ulcérations, de petites plaies d'où proviendrait le sang. Ces faux melœna ou melœna spuria signalés par Hesse ne sont pas très rares.

Traitement. — Il est des cas tellement graves que la mort survient avant que l'on ait pu agir. Aussi l'on comprend que dans une affection aussi redoutable et aussi rapide les praticiens aient songé à utiliser les médicaments actifs qui ont une action directe sur le sang lui-même. Tout d'abord on a employé le perchlorure de fer à la dose de III à V gouttes toutes les dix minutes dans un peu d'eau sucrée ; puis l'extrait de ratanhia, 2 à 4 grammes en potion ; puis l'huile de térébenthine, V à VI gouttes toutes les heures, enfin l'éther, l'eau de l'Echelle, l'eau de Rabel, l'acide nitrique lui-même, etc... Malheureusement les résultats n'ont pas été ce qu'on attendait d'eux, et la statistique de la mortalité est restée sensiblement la même. Aussi ces traitements inutiles, pour ne pas dire plus, ont-ils été peu à peu abandonnés ; M. le professeur Pinard et son école ont institué le traitement de repos, si je puis m'exprimer ainsi : repos absolu du corps, immobilité de l'enfant dans son berceau ; repos des organes digestifs, diète

hydrique et absence de médication interne, sauf dans les cas désespérés : entretenir la chaleur de la périphérie du corps. Enfin se baser sur la température et la couleur des selles pour faire reprendre progressivement l'alimentation lactée des petits malades.

Il y a environ dix-huit mois, à la séance du 15 avril 1907 de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, MM. Champetiers de Ribes et Louis Senlecq ont présenté 3 observations (v. p. 70-71, obs. VI à VIII), dans lesquelles la guérison a été la règle après l'emploi de l'adrénaline au 1/1000.

La formule employée était la suivante :

Chlorydrate d'adrénaline.....	1	gramme
Solution de sérum physiologique.....	1000	—
Chlorétone (pour maintenir la limpidité de la solution).....	5	—

Dans le premier cas il avait été donné V gouttes de la solution fraîchement préparée, dans 30 grammes d'eau, par cuillerée à café toutes les heures. Dans le deuxième cas, l'adrénaline fut donnée en lavement à raison de V gouttes dans 60 grammes d'eau.

Enfin dans le dernier cas, il fut pratiqué des injections sous-cutanées de sérum artificiel d'abord, puis de 3 divisions de la seringue de Pravaz de la solution mère d'adrénaline.

Dans la savante discussion qui a eu lieu à la suite de la lecture de ces observations, M. Wallich, sans nier l'action hémostatique possible de l'adrénaline, fait observer que l'on s'est abstenu de toute médication active, que les enfants ont été soumis à la diète hydrique, laissant leur tube digestif en repos, qu'on ne donnait que très peu de liquide, que cette thérapeutique de repos a fait déjà ses preuves et qu'il est possible qu'elle soit pour beaucoup dans la guérison des petits malades.

C'est aussi l'opinion de M. le professeur Pinard qui estime cependant qu'il sera intéressant, pour arrêter les hémorragies graves, d'expérimenter l'adrénaline, dont l'administration paraît pour le moins inoffensive.

Tel est résumé l'état actuel des connaissances sur les hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né. On voit que la question du traitement surtout est encore controversée et qu'il y a beaucoup à faire dans ce sens.

Aussi ai-je été particulièrement satisfait, lorsque, demandant à M. le Dr Wallich de m'indiquer un sujet de thèse, mon savant maître m'a parlé des études à faire sur cette question ; il a bien voulu m'aider de ses bienveillants conseils, me donner quelques observations, et je suis heureux de le remercier publiquement de l'obligeance avec laquelle il a mis à ma disposition sa profonde expérience et ses précieux renseignements. Je n'oublierai jamais la bienveillance qu'il m'a témoignée.

Ce serait manquer au premier devoir de la reconnaissance, si je n'adressais aussi mes sincères et respectueux remerciements à M. le professeur Pinard qui m'a permis de recueillir moi-même quelques-unes des observations publiées ici, dans son important service de la clinique Baudelocque: C'est dans ses leçons si écoutées et si suivies que j'ai puisé la plupart des éléments de ma thèse. Je lui exprime ici toute ma gratitude pour le plaisir et l'honneur qu'il me fait en daignant accepter la présidence de mon jury d'examen.

Mon travail peut se diviser en trois parties : dans la première je ferai l'historique ; dans la seconde un essai de critiques ; dans la troisième, je rapporterai les observations que j'ai pu recueillir dans les ouvrages que j'ai parcourus et celles que j'ai prises moi-même ; enfin je terminerai en tirant les conclusions qui me semblent découler des éléments signalés.

Première Partie

HISTORIQUE

Les observations d'hémorragies gastro-intestinales de la première enfance ne sont pas très communes, et un fait qui frappe dans leur lecture, c'est le peu de développement donné aux divers traitements employés. Sur les 150 observations que j'ai lues, c'est à peine si une quinzaine indiquent le traitement suivi. Les traités de pathologie infantile donnent, seuls, plus de renseignements à ce sujet, et l'on peut remarquer que la médication évolue avec les différentes conceptions étiologiques. Dusser, dans sa thèse (Paris, 1890) étudie les causes de cette affection et l'on peut en déduire la même conclusion : autant de causes, autant de traitements.

Pour en faciliter l'étude on peut distinguer deux grandes époques dans la thérapeutique employée : dans la première qui se prolonge jusqu'en 1832, les moyens physiques sont seuls employés ; dans la seconde de 1835 à nos jours, on lutte avec une médication active, peut-être trop active, qui dépasse souvent le but cherché ; enfin de nos jours avec l'école

de M. le professeur Pinard, existe une tendance à ne faire de thérapeutique médicamenteuse que dans les cas désespérés.

CHAPITRE PREMIER

Première époque. — Moyens physiques

Aussi loin qu'on peut remonter dans la littérature médicale, on voit que les premiers médecins qui observèrent d'une façon certaine les hémorragies gastro-intestinales, n'employèrent aucun médicament interne spécial pour lutter contre l'écoulement du sang ; alternativement ils essayèrent pour arriver à ce but de moyens physiques tels que le froid, la saignée, les dérivations sanguines, la compression du ventre. Ils se contentaient de traiter ces petits malades comme des enfants en bonne santé, car, je ne considère pas comme un traitement spécial les purgatifs légers et anodins qui, de 1668 à 1780, étaient d'un usage courant dans les premiers jours de la naissance d'un enfant.

La plus ancienne observation de gastro-entéroragie d'un nouveau-né que j'ai pu retrouver date de 1668. Elle est de Mauriceau. Cet éminent médecin constata le fait, mais ne sut l'interpréter et n'institua aucun traitement. L'enfant guérit ; il est probable, sans qu'on puisse l'affirmer, qu'il s'agissait d'un *melæna spuria*.

Ebarth, en 1723, dans une seconde observation, ordonna du sirop de chicorée : « Je fis prendre, dit-il, du sirop de chicorée avec de la rhubarbe, ce qui amena des selles sanglantes assez abondantes. » L'enfant mourut.

En 1732, Brébésius qui avait l'habitude de donner aux nouveau-nés de l'huile d'amandes douces, fut un jour surpris de voir son petit malade expulser du sang noir ; il n'en continua pas moins le traitement avec le spermaceti et cela sans succès. Un peu plus tard, dans un autre cas d'hémorragie intestinale, il fit prendre des bains de vin chaud, et comme l'enfant perdait également du sang par le cordon, il fit aussi des applications de vin chaud ; en même temps pour expulser le méconium, il prescrivit une mixture d'huile d'amandes douces, de sirop de manne de blanc de baleine. L'enfant succomba. Cette habitude de purger les enfants dès leur naissance pour expulser le méconium persiste encore dans de nombreuses régions françaises. Ces purgatifs, si bénins ils soient, me paraissent une cause de congestion pour un tube digestif encore si délicat et pourraient bien jouer un grand rôle dans l'étiologie du mélæna. Cette cause de l'hémorragie de l'estomac et de l'intestin n'est pas signalée dans les thèses de Bozonet (Paris, 1866), Hermary (Paris, 1897), Lequeux (Paris, 1906). Ribemont, dans sa thèse d'agrégation en 1880 n'en parle pas.

Ce n'est qu'en 1896, que Barral de Nîmes attira l'attention sur le danger des purgatifs et conseilla de

ne plus en donner aux enfants atteints de cette affection.

Devant les succès presque constants des purgatifs, Ettlinger (1780) et Riedlin (1782) qui avaient été frappés de l'action hémostatique du froid eurent l'idée d'employer ce moyen physique intus et extra : glace à l'extérieur et lait glacé à l'intérieur ; il faut bien reconnaître que les partisans de ce système ont été assez rares ; Widerhofen de Vienne s'en fit le principal défenseur, mais en même temps il préconisait l'alcool plutôt comme stimulant diffusible que comme hémostatique, cette nouvelle méthode ne dura pas longtemps ; à peine née, elle eut ses détracteurs parmi lesquels il faut citer Soranget (1793) et Vogel. Ce dernier médecin en 1792 la trouvait fort irrationnelle, puisqu'il y a abaissement de la température et refroidissement des extrémités, pourquoi augmenter ces deux symptômes déjà si graves ? Il lui semble « bien préférable de produire une turgescence aussi forte que possible vers la peau en plaçant le nouveau-né dans un milieu dont la température est aussi élevée que possible ». « Je fis monter la température de la chambre à 18 degrés, dit-il dans une de ses observations, et j'entourai l'enfant avec trois cruchons remplis de sable chaud. » Aussi poursuivant son idée, et voulant établir cette turgescence énergique à la peau, dans le but évident d'enlever le sang des parties malades profondes pour l'attirer à la périphérie du corps, Vogel devient-il un

préconisateur de la dérivation sanguine et de la saignée.

Il institua un traitement qui, quelques années plus tard, fut pratiqué par tous les médecins, peut-être au détriment des petits malades. A ce moment seulement on étudie l'anatomie pathologique des hémorragies gastro-intestinales.

Pendant que Baudelocque, Hellwag, Kling sont persuadés que le sang provient soit du liquide amniotique avalé par l'enfant, soit du sang tété à la mamelle de la nourrice, et refusent par suite tout traitement, Vogel, Lafaurie, Sevret, Tissot, Billard, un anonyme suisse, Orfila, Devergie, Rahn Escher, Gendrin, Kiwisch, Walleix, et bien d'autres, croient à la congestion intestinale qu'ils attribuent à des causes diverses : Vogel et Tissot à l'action des acides gastriques sur une muqueuse trop délicate, aux vomissements répétés, à la cachexie ; Billard, un anonyme suisse, à un processus irritatif ; Kiwisch et d'autres à une ligature prématurée du cordon. Aussi tous ces auteurs poursuivent-ils un but raisonné, celui de décongestionner l'intestin ; c'est pourquoi tout d'abord, ils cherchèrent à obtenir la turgescence de la peau, puis poursuivant cette théorie, ils arrivèrent à la saignée, dont ils reconnurent vite les inconvénients, et les dérivations sanguines redevinrent à la mode.

Si l'on veut connaître les idées un peu diffuses de cette époque, il faut lire Lafaurie (1809) qui eut l'occasion d'observer l'enfant V... atteinte d'hémorra-

gie gastro-intestinale et qui malgré cette affection et son état de santé précaire fut portée à l'église pour y être baptisée : « Mais pourquoi, dit cet auteur, ne vomit-elle pas après avoir pris le sein d'une nourrice quand on l'a rapportée de l'église. Cette question ne sera pas difficile à résoudre si nous nous rappelons l'âge, etc., de la petite V... et la grande sympathie qui existe entre le ventricule et le système cutané : le grand air, les secousses et l'espèce de frottement auxquels cette petite fut exposée pendant tout le voyage, n'étaient-ils pas des causes assez puissantes pour faire diversion aux forces vitales vicieusement concentrées sur l'estomac et l'emporter sur l'espèce d'irritation que le lait causait dans le viscère si fortement dérangé ». L'enfant guérit heureusement bien que « l'art ne fit rien dans cette maladie parce que telle fut la volonté des parents ».

En 1825, Billard, qui ne croit pas à l'efficacité des dérivations sanguines, recommande un moyen qui lui semble plus actif, l'extraction du sang soit par le cordon, soit par des sangsues : « On ne saurait, dit-il, trop recommander aux accoucheurs, entre les mains desquels naissent les enfants, que la longueur de l'accouchement a réduits à un état imminent d'asphyxie, de laisser couler une certaine quantité de sang par le cordon ombilical ; lorsque, par oubli, ou malgré cette précaution, les enfants sont évidemment pléthoriques, rien de plus rationnel pour prévenir ou arrêter l'hémorragie que d'appliquer une ou deux sangsues à l'anus. »

Dix ans plus tard Gendrin préconise la saignée, comme le seul moyen d'empêcher la pléthore : « Le grand volume des artères que reçoit cet organe (estomac), le peu de longueur du tronc d'origine de ses artères, la naissance presque immédiate dans l'aorte de l'artère cœliaque, ne permettent d'obtenir un résultat que par des saignées générales qui diminuent rapidement et d'une manière directe la quantité de sang qui circule dans les gros vaisseaux et affaiblissent ainsi les forces de la circulation. » Mais si l'enfant atteint d'hémorragie n'est pas pléthorique, comment arrêter l'écoulement du sang. « On y parvient par l'application de ventouses, de sinapismes sur les extrémités, sur les parois du ventre, sur la poitrine, sur le dos. » Enfin il faut « éviter les causes excitant l'appareil circulatoire » d'où « repos, usage de liquides et de mucilagineux. »

Walleix recommande l'usage « de petites saignées générales » dans le cas où l'hémorragie est peu abondante.

Kiwisch préconise aussi la saignée pour faire écouler un sang nuisible, que la ligature prématurée du cordon a enfermé dans l'organisme.

Instruit par l'expérience, Gendrin, sur le déclin de sa carrière, écrit qu'il faut éviter les saignées et se contenter « d'opérer sur la peau des congestions sanguines dérivatrices à l'aide de ventouses sèches aux lombes ».

Pour terminer l'historique des moyens physiques employés seuls pour arrêter les hémorragies gastro-

intestinales des nouveau-nés, il me reste à signaler un nouveau procédé, imaginé par Barral, en 1893, la compression du ventre: « Je prescris en premier lieu qu'on mette sur le ventre un fort tampon d'ouate qu'on serrera aussi énergiquement que possible sans gêner cependant la respiration du bébé. » La compression doit s'exercer sur la région gastro-hépatique. Ce moyen est, selon son auteur, un procédé dont « l'efficacité ne peut être mise en doute » et « a pour but de combattre la suffusion sanguine de l'estomac, de l'abdomen, qui s'accompagne de congestion hépatique. »

CHAPITRE II

Deuxième époque — Traitements médicamenteux

J'ai dit que Vogel avait été un des initiateurs et des grands partisans des dérivations sanguines et des saignées. C'est à lui que revient aussi la priorité dans le traitement médicamenteux. Il eut en effet le premier, l'idée d'utiliser les hémostatiques. Sa formule n'a pas ou a été peu modifiée depuis : « Je lui fis prendre (à l'enfant malade) le sein de la mère toutes les deux heures. Comme au bout de douze heures l'hémorragie ne cessait pas, je prescrivis la potion suivante :

Perchlorure de fer liquide.....	1 gr.
Eau distillée et eau de cannelle...	15 »
Sirop simple.....	15 »

« L'enfant en prit la moitié dans l'espace d'une heure, l'hémorragie cessa. »

Cette formule compte encore aujourd'hui de nombreux adeptes ; M. Demelin l'indique en 1905, dans le *Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby*.

Billard recommande la saignée ; mais en l'absence de pléthore et surtout dans le cas d'anémie, il ordonne une boisson froide, légèrement acidulée par le sirop de coing ou par quelques gouttes soit d'acide nitrique, soit d'eau de Rabel. Il considère en même temps les lavements de même nature comme très utiles, à la condition que les enfants puissent les garder.

Mais ce ne fut qu'en 1835, avec les trois observations si intéressantes de Rahn Escher, que le traitement médicamenteux fut méthodiquement exposé et devint classique, on trouvera plus loin (p. 53, n° I) une des observations si minutieusement prises. Rahn Escher emploie l'alun, le chiendent vert, concurremment avec des excitants, le musc, l'acétate de potasse, il recommande les fomentations avec du vin rouge sur le bas du ventre ; des infusions de pépins de coings et surtout la diète, pendant deux jours, le deuxième jour il donne des lavements de lait. C'est la première fois qu'on voit prescrire la diète et c'est aussi qu'on voit, depuis ce moment, les résultats heureux devenir plus fréquents ; aussi quel contraste entre les statistiques de Billard et celles de Rahn Escher. Billard observe 15 cas avec 15 décès et en conclut que la maladie est toujours mortelle. Rahn Escher n'en voit que 3 cas, mais tous trois suivis de guérison. Il en est de même de Moll qui, trois ans plus tard, soigne 2 cas en suivant le traitement de Rahn Escher et obtient 2 guérisons. En dehors du traitement médicamenteux,

Moll réchauffait les enfants « en enveloppant les extrémités refroidies dans de la flanelle chaude, et en faisant sur le ventre des embrocations chaudes avec du vin aromatique ».

Rilliet et Barthez, dans leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants* en 1843, disent que l'hématémèse « ne réclame aucune médication spéciale ; cependant lorsqu'on a lieu de soupçonner l'accumulation mécanique du sang, à la tension et au développement de l'estomac, à l'hypocondre gauche, il est convenable de prescrire un émétique qui débarrasse l'organe du sang et des caillots qui y sont contenus ». Ces mêmes auteurs, en parlant du melœna, concluent que « lorsque la quantité de sang rendu est considérable et que l'on observe les symptômes généraux des hémorragies, il faut se hâter de s'opposer à la maladie par un traitement approprié. On administrera à l'intérieur des boissons froides, des potions de ratanhia ; l'on prescrira des lavements froids et astringents et l'on appliquera sur l'abdomen des compresses froides ». Cependant leur opinion sur les lavements ne devait pas tarder à se modifier, car c'est à Rilliet et Barthez que revient le mérite d'avoir banni les lavements froids ou astringents, après en avoir, par expérience, reconnu l'effet nocif.

« Nous les croyons inutiles, disent-ils, ils fatiguent l'enfant, provoquent des selles, et fussent-ils gardés, n'opèrent qu'à une grande distance du siège de l'hémorragie puisque celle-ci se fait dans l'intestin grêle. »

A partir de ce moment, le lavement, quel qu'il soit, a

été totalement proscrit dans le traitement des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né.

Les mêmes auteurs de ce traité classique résument d'une façon magistrale le traitement de cette grave affection : « On placera, disent-ils, l'enfant dans un air vif fréquemment renouvelé, et tout en appliquant sur le ventre des compresses imbibées d'eau glacée ou plutôt un ballon de caoutchouc contenant de la glace concassée, on frictionnera les extrémités, on les réchauffera et au besoin on appliquera des sinapismes. Sans même que le poulx faiblisse et qu'il y ait menace de syncope, on fera prendre aussi souvent que possible à l'enfant quelques gouttes d'eau-de-vie ou de rhum dans une cuillerée à café d'eau ou de lait de la nourrice, ou bien on lui donnera tous les quarts d'heure, pour commencer, une cuillerée à café de vin d'Espagne ; on éloignera ensuite les doses.

Ces boissons seront glacées. La liqueur d'Hoffmann, l'hydrolat de cannelle, le musc et d'autres médicaments hémostatiques ou stimulants peuvent être employés aussi. Tel est le traitement d'urgence et de beaucoup le plus efficace. Il répond aux deux indications principales qui s'imposent en utilisant l'action à la fois hémostatique et stimulante de l'alcool. On a mis également en réquisition les divers astringents : Perchlorure de fer V gouttes tous les quarts d'heure dans une cuillerée à café d'eau, extrait de ratanhia, à la dose de 2 à 4 grammes dans 60 grammes de véhicule, mélange dont on donne

une cuillerée à café toutes les dix minutes d'abord, puis à distance plus longue : azotate d'argent à la dose de 0 gr. 01 en solution dans la même quantité d'eau distillée : essence de térébenthine à la dose de V à VI gouttes toutes les heures ; en même temps on alimentera l'enfant avec quelques cuillerées de lait de femme froid et en le mettant au sein dès que ses forces le permettront, avant même que l'hémorragie soit complètement arrêtée. Il va sans dire que le biberon doit être proscrit. Si les symptômes d'anémie survivaient à la perte sanguine, il faudrait soumettre l'enfant et sa nourrice à un traitement ferrugineux un peu prolongé. »

Tel est fixé dans ses grandes lignes et d'une façon définitive jusqu'à nos jours du moins, le traitement des hémorragies gastro-intestinales, il est devenu classique, tous les auteurs le signalent, tous les médecins l'appliquent, n'y apportant que de légères modifications. En 1854 Richard Naegele se trouva devant un cas foudroyant et perdit son petit malade avant d'avoir pu lui administrer de l'acide gallique. En 1869, Fleischman, après avoir « fait nettoyer avec de l'eau le nez et la bouche qu'il trouve remplis de sang, prescrit un léger vomitif. Comme l'enfant ne pouvait téter on lui verse le lait du mamelon dans la bouche. L'enfant mourut.

Fleischman, en 1869, ordonna sans succès l'ergot de seigle.

J'ai lu les observations publiées par : Binz, 1865, Hoffmann, 1843 ; Hacher, 1864 ; Siegelberg, 1868 ;

Bohr, 1865 ; Pteiner, 1873 ; Hénoch, 1873 ; Landau, 1874 ; Kling, 1875 ; Grynfeldt, 1892 ; Ovi, 1892 ; Goudard, 1902, et j'ai constaté que les traitements préconisés par eux (quand ils sont signalés) étaient ceux des hémostatiques associés aux stimulants. Cependant Otto, 1872, manifestait son peu de confiance dans cette médication et conseillait les excitants seuls parmi lesquels son préféré était le camphre benzoïné.

En 1880, M. Ribemont, dans sa thèse d'agrégation, ajoute quelques recommandations très utiles à la thérapeutique de Rilliet et Barthez que du reste il préconise : « Nous croyons, dit-il, que le premier soin doit être d'assurer le libre exercice de la respiration ; on veillera donc à ce que les vêtements de l'enfant ne puissent mettre obstacle à l'augmentation thoracique : Il ne faut pas non plus gorger les enfants d'aliments dès leur naissance, quelques heures de diète ne sauraient porter préjudice à leur santé, il y a peut-être dans la hâte que mettent les mères à remplir de lait l'estomac de leur enfant une cause importante d'hémorragie gastro-intestinale. » Répondant à Rahn Escher qui préconise la diète, il ajoute : « Nous croyons qu'il est préférable de ne pas trop tarder à mettre l'enfant au sein, s'il ne peut téter, on devra lui faire couler le lait dans la bouche, ou l'y verser à l'aide d'une cuiller et cela toutes les heures ou les deux heures une quantité modérée de lait. Une bonne nourrice est indispensable. » Enfin

M. Ribemont signale comme très utile de calmer les cris de l'enfant.

Dusser dans sa thèse inaugurale, 1889, recommande d'espacer les tétées, de donner le lait à la cuillerée afin d'éviter les efforts que le nouveau-né serait obligé de faire par la succion, de plus « en éloignant les repas, en donnant le lait en petite quantité, 10 grammes à la fois, nous éviterons les vomissements et par suite les hémorragies, car nous avons remarqué que celles-ci survenaient fréquemment après les tétées ». Dusser, signale dans le même ouvrage, un cas de traitement par le naphthol ζ qui m'a paru fort intéressant j'en citerai plus loin (p. 59, obs. III), l'observation due à Chavanne.

En 1891, le Dr Rémy, de Nancy, utilise les bains chauds : « Comme traitement, après avoir essayé le perchlorure de fer et l'ergotine, M. Rémy eut l'idée d'employer, à la réapparition d'une selle sanglante, le bain chaud à 38 degrés, comme cela se fait pour les hémorragies puerpérales ; l'enfant l'a bien supporté et n'a plus perdu de sang. »

En 1897 Barozzi fait une étude complète des hémorragies gastro-intestinales de l'enfance et les divise en trois groupes selon leur gravité et réclamant chacun une thérapeutique spéciale.

Dans les cas légers, on se trouvera bien de pratiquer quelques frictions sur le tronc de l'enfant, placé dans un endroit chaud, et de prescrire quelques gouttes de perchlorure de fer, dans une potion sucrée

qu'on donne de cinq en cinq minutes, puis de quart d'heure en quart d'heure.

Dans les cas moyens, il faudra : 1^o agir sur la peau pour activer la circulation et ranimer les fonctions du centre nerveux par l'excitation cutanée, d'où bains chauds à 38 et 40 degrés d'une durée de une à cinq minutes au plus, puis repos absolu dans une couveuse chauffée à 37 degrés ou enveloppement général dans l'ouate avec boules d'eau chaude ; 2^o alimenter l'enfant avec prudence en lui donnant toutes les deux heures, à la cuillerée ou par le gavage, dix grammes de lait maternel, extrait au tire-lait ; 3^o obtenir une vaso-constriction par des médicaments appropriés : ergotine (un quart ou une demi-seringue de Pravaz ou potion avec de 0 gr. 20 à 0 gr. 5) ; extrait de ratanhia (2 à 4 gr. dans une potion sucrée) ; tanin (0 gr. 15) ; nitrate d'argent (0 gr. 01) ; alun (0 gr. 10) ; acide gallique (?) ; teinture de cachou ; extrait fluide d'*Hamamelis virginica* (ce dernier produit très vanté par les médecins américains) à la dose de XX gouttes toutes les deux heures.

Dans les cas graves, après l'emploi des moyens ci-dessus indiqués, il faut chercher à obtenir l'excitation réflexe du bulbe par des révulsifs cutanés (ventouses sèches, cataplasmes sinapisés) ; par des injections sous-cutanées de sérum naturel, de sérum de Chéron dans lequel on aura supprimé l'acide phosphorique, de sérum de Hayem, de sérum de Luton ; par une solution salée à 7 0/0, par des inhalations d'oxygène, des piqûres d'éther, la respiration artificielle, etc.

Telle est la série, déjà longue et qu'on pourrait facilement encore augmenter, des partisans des médicaments hémostatiques et stimulants. Pour être complet, je dois encore signaler les recherches et essais d'autres expérimentateurs.

J'ai dit déjà en parlant des traitements physiques qu'en 1893 Barral cherchait à combattre la suffusion sanguine au moyen de la compression de l'abdomen par un fort tampon d'ouate ; en 1896. Reinach, qui faisait des recherches sur les sérums, eut l'idée de traiter des cas d'hémorragies gastro-intestinales par le sérum de cheval, il obtint quelques succès, mais aussi il perdit des enfants de broncho-pneumonie. Il est à remarquer que c'est la première fois que des décès d'enfants sont attribués à une maladie intercurrente, due à une cause étrangère à l'affection primitive, et qu'aucune autre médication n'a produit cette fatale complication.

Barozzi, qui en 1897 avait introduit pour la première fois le sérum dans la thérapeutique, n'avait pas eu de ces accidents avec les sérums que j'ai cités plus haut.

En 1900, Guttmanu, reconnaissant le peu d'efficacité des moyens classiques, a recours à la gélatine et voit guérir son malade ; Commandeur obtient le même résultat par le même procédé.

En 1902 Holl emploie l'extrait de capsule surrénale et préconise l'adrénaline.

En 1905 Lequeux se sert avec succès de la même

préparation et publie une observation que je reproduis plus loin. (p. 65, obs. IV.)

En 1907 M. Champetiers de Ribes et son interne Louis Senlecq donnent connaissance à la Société d'Obstétrique, de 3 observations (de 1903-1904-1907) suivies de guérisons, où ils ont employé la solution d'adrénaline au 1/1000. J'en ai déjà parlé.

En terminant l'exposé des traitements médicamenteux il me reste à en signaler un qui est plutôt étiologique que dirigé contre le symptôme hémorragie : je veux parler de la médication spécifique, dans le cas où la syphilis serait la cause efficiente des entéro-gastrorragies. Je n'en connais que 3 observations. La première de Goudard (1902), la seconde en 1893 par M. Lepage qui signale une variété particulière d'hémorragie du tube digestif chez le nouveau-né. Pendant les deux semaines qui ont suivi l'accouchement, l'enfant rejetait une ou deux fois par jour une cuillerée à café environ de sang plus ou moins altéré, dix minutes après la tétée, sans mélange de lait. Ce sang ne provenait ni du sein de la mère ni de la bouche de l'enfant. Existait-il une ulcération de l'œsophage ? Ce qui est certain, c'est que le père et la mère étaient syphilitiques et que les frictions hydrargyriques ont été suivies de la disparition des accidents. Enfin la troisième observation, de Lop, de Marseille, a été analysée par Richelot à la séance du 9 mai 1905 de l'Académie de Médecine. Il s'agit d'un enfant né à terme en état de mort apparente, présentant une ulcération ovalaire de la voûte

palatine. Traitement par frictions mercurielles et administration à l'intérieur de quelques cuillerées à café de liqueur de Van Swieten, hématémèse et mé-læna ; mort après vingt-deux jours. A l'autopsie, large perforation sur la face antérieure de l'estomac et plusieurs petites ulcérations ». Il y a eu là une lésion très rare et trop grave pour qu'il y eut quelque espoir de sauver l'enfant. On ne peut tirer de conclusion d'un résultat inévitable.

M. le professeur Pinard a fait remarquer que : « Habituellement les hémorragies de l'appareil gastro-intestinal apparaissent chez les enfants issus de parents syphilitiques ou chez des enfants en puissance d'infection » (Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris) ; et M. Lepage (*eodem loco*) divise ces hémorragies en deux catégories : « Les unes très graves liées à la syphilis et à l'infection et contre lesquelles toute médication échoue le plus souvent. Les autres, d'un pronostic favorable, qui guérissent pour ainsi dire sans autre traitement que le repos du tube digestif. » N'y aurait-il pas dans ces données étiologiques une indication pressante de recourir à un traitement spécifique lorsque la cause de la maladie reste douteuse ? J'y reviendrai dans mes conclusions.

Tel est en résumé l'historique des divers traitements employés contre les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. On peut remarquer qu'avec les moyens physiques seuls, les résultats ont été constamment négatifs ; qu'avec les traitements médi-

camenteux il y a eu des succès, mais qu'il est bien difficile d'attribuer sûrement la guérison aux médicaments employés, puisque les cas de mort ont été à peu près aussi nombreux avec les mêmes médicaments. 58 cas dont 23 ont été traités par la saignée, et sont morts, et 20 morts traités par médicaments.

C'est en se basant sur l'observation de tous ces faits et sur la remarque, que dans la plupart des cas heureux, à côté des médicaments employés, les petits malades avaient été mis à la diète hydrique, de façon à laisser dans le repos le plus complet possible l'estomac et l'intestin, qu'est née la méthode actuelle employée à la clinique Baudelocque.

Il en a été déjà question lorsque j'ai fait l'exposition de mon sujet, j'y reviendrai dans mes conclusions.

Deuxième Partie

ESSAI DE CRITIQUE DES MÉDICATIONS EMPLOYÉES

J'ai fait dans la première partie l'étude de tous les médicaments (sauf omission) usités dans les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. Je tiens dans cette seconde partie à étudier l'action de tous ces moyens employés et à rechercher si quelques-uns d'entre eux n'ont pas été plutôt nuisibles, je vais donc les passer successivement en revue.

Les purgatifs. — Tout agent purgatif détermine artificiellement une inflammation de la muqueuse avec une exsudation de liquides, comme cela existe à la surface de toute muqueuse enflammée, il augmente ensuite les contractions péristaltiques. Dans les cas qui nous intéressent, les purgatifs quels qu'ils soient sont donc nettement contre-indiqués, d'abord parce qu'ils ne peuvent qu'augmenter l'hypérémie déjà considérable du tube digestif, puis parce que les mouvements de l'intestin favoriseraient la sortie du sang des vaisseaux.

Les lavements. — Leur procès a déjà été fait par

Rilhet et Barthez et par Ribemont : « Loin de chercher par des lavements à débarrasser l'intestin nous croyons qu'il faut s'abstenir de ce moyen qui ne peut qu'exciter les mouvements péristaltiques de ce canal et ne peut agir que sur la muqueuse du gros intestin, alors que la plupart du temps les hémorragies se produisent au niveau du duodénum ou de la première partie du jéjunum. » (Ribemont.)

Les vomitifs. — Bien que conseillés par Rilhet et Barthez qui me paraissent n'en avoir jamais fait usage, et utilisés par Fleischmann, les vomitifs ne me semblent pas devoir rester dans la thérapeutique des hématomèses : l'ipéca, en effet, le seul vomitif employé chez les enfants, irrite et congestionne tout d'abord la muqueuse de l'estomac, puis par réflexe il occasionne de violentes contractions de l'organe et du diaphragme qui favoriseraient plutôt l'hémorragie ; de plus si l'ipéca est un vaso-constricteur il ne faut pas oublier que c'est un dépressif, un hyposténique puissant et qui doit être contre-indiqué chez des enfants que la perte de sang a déjà tellement affaiblis que souvent ils n'ont plus la force de téter.

Le froid. — Un des symptômes importants des hémorragies gastro-intestinales est l'abaissement consécutif et brusque de la température. Dans une de mes observations (p. 74, obs. IX) elle tombe à 34°2. Lequeux (obs. IV) signale un cas où elle descend à 33° 8. Hermary indique 29 degrés comme chiffre minimum, mais sans appuyer son dire par aucune observation. Il est facile de se rendre compte du

danger d'une pareille médication qui ne fait qu'enlever à l'enfant une chaleur dont il a tant besoin. Se baser sur l'action hémostatique, bien qu'incontestable du froid pour le prescrire dans ces cas, c'est n'attacher aucune importance à la température, et les graves inconvénients d'une telle méthode l'emportent sur les faibles avantages qu'elle peut donner. Je ne parle que comme mémoire de la possibilité de provoquer le sphacèle des tissus superficiels. D'ailleurs, dès son apparition, ce traitement fut vivement critiqué et eut peu d'adeptes.

La saignée. — Tout le monde connaît l'engouement du ^{xvii}^e siècle pour la saignée. Les vieillards et les nouveau-nés n'échappèrent pas à cette manie dont l'exagération fut telle qu'elle est considérée de nos jours comme une des plus grandes erreurs de la médecine. « On a porté si loin une telle extravagance que la postérité regardera comme fabuleuse la pratique de nos jours sur la saignée ». Telles sont les paroles de Guy de la Brosse qui veut flétrir les « pédants sanguinaires » de son époque.

On comprend donc facilement que les médecins aient songé aux émissions sanguines pour lutter contre ce qu'ils regardaient comme de la pléthore. Ils n'en ont pas vu les nombreux inconvénients. En effet la saignée : 1° Abaisse la température déjà si basse et elle affaiblit encore les petits malades ; 2° elle diminue à peine la tension artérielle et pour un temps si court que le danger d'hémorragie n'est pas écarté. Si la saignée n'est pas faite à blanc, l'écoulement de

sang ne tarde pas à recommencer, et si elle est faite à blanc, on tue sûrement l'enfant ; 3° la saignée occasionne souvent des vomissements quand l'estomac est plein, ce qui est le cas : et comme le vomissement est un danger il vaut mieux chercher à l'enrayer que de s'exposer à le produire ; 4° dans la saignée la perte des globules rouges est considérable et entraîne par suite une insuffisance de l'hématose. Il en résulte une accélération des mouvements respiratoires et une augmentation sensible dans le nombre des battements du cœur ; 5° la diminution de l'oxygène amène la difficulté des combustions organiques et par suite augmente les troubles digestifs ; 6° l'anémie cérébrale rapide, résultant de la saignée, se traduit le plus souvent par une excitation nerveuse, par des mouvements convulsifs qui sont fort à craindre ; 7° enfin la saignée ne fait qu'augmenter les symptômes dus à l'hémorragie, pâleur de la face, flaccidité des téguments, dépression des fontanelles.

Voilà les différentes raisons qui ont fait rejeter la saignée. Quarin, dans son livre : *De morbis chronicis*, est de cet avis, il proclame que, les « saignées à outrance affaiblissent le malade et qu'on a peu d'intérêt à y avoir recours ».

Les chiffres sont plus éloquents encore, Billard observe 15 cas et a 15 décès, un anonyme suisse a 7 cas et 6 décès. Cette statistique suffit à montrer que le traitement est plus dangereux que la maladie elle-même.

Dérivations sanguines. — Il n'en est pas de même

des dérivations sanguines qui ne méritent pas l'ost-tracisme dont est frappée la saignée, car on ne peut trouver dans aucune observation la preuve formelle qu'elles aient été nuisibles. Il est vrai qu'on ne peut davantage citer un fait où elles auraient été manifestement utiles. N'étaient les cris et les mouvements que certaines d'entre elles provoquent chez les enfants, on peut les regarder comme tout à fait anodines...

Perchlorure de fer. — Après avoir constaté le peu d'efficacité des moyens physiques, il est naturel que les médecins aient eu l'idée d'employer les hémostatiques. Leur action était moins connue qu'aujourd'hui. On connaissait surtout leur pouvoir de coaguler le sang et l'on utilisait cette propriété sans voir les inconvénients. Le perchlorure de fer, jadis si employé, est aujourd'hui presque abandonné. C'est, suivant l'expression d'un contemporain, « une grandeur déchue ». Le perchlorure de fer contre le seul avantage de coaguler le sang a plusieurs inconvénients qui peuvent en faire un médicament dangereux : 1° Il a une action locale irritante et caustique qui désorganise les tissus et retarde la guérison des plaies, on conçoit facilement ce qu'une telle action peut avoir de retentissement sur la muqueuse stomacale si sensible de l'enfant ; 2° coagulant l'albumine des tissus avoisinant l'ulcère (ce qui se présente dans le 1/10 environ des cas d'après Orłowski) le chlorure ferrique prédispose à la formation d'escarre qui, à leur chute, peuvent donner lieu à des hémor-

ragies secondaires dangereuses ; 3° son action hémostatique a même été mise en doute dans ces derniers temps. Il paraît bien arrêter une hémorragie en nappe qui d'ailleurs s'arrête souvent d'elle-même ; mais si le sang provient d'un gros vaisseau, le perchlorure n'agit pas et c'est surtout dans ces cas graves qu'il faut intervenir ; 4° si le siège de la lésion est l'intestin, le médicament ne peut agir puisqu'il est transformé dans l'estomac en protochlorure qui n'est pas hémostatique ; 5° on a vu parfois, chez l'adulte, un caillot migrateur créé par le sel ferrique être la cause de l'embolie ; ne pourrait-il en être de même chez l'enfant ? ; 6° l'observation journalière montre qu'en provoquant le resserrement des tissus, le perchlorure de fer produit de la constipation dont l'influence est si néfaste chez le nouveau-né.

ASTRINGENTS

Tanin. — On a vanté son emploi dans toutes les hémorragies, car il agit soit par contact direct sur les ulcérations, soit en se combinant, sans se coaguler, avec les matières albuminoïdes pour pénétrer avec elles dans la circulation où il se transforme en acide gallique ou pyrogallique. Mais localement il agit sur les tissus comme un stryptique des plus énergiques et à ce titre il ne peut qu'être nuisible sur l'estomac des petits enfants. Il stimule en outre la contractilité organique des tissus. Des expé-

riences récentes faites sur le mésentère de grenouille ont montré qu'il excite les contractions des fibres lisses de l'intestin, et que l'effet vaso-constricteur qui lui était attribué pouvait être très contesté. Il serait donc contre-indiqué dans les cas dont il s'agit.

De plus, diminuant les sécrétions intestinales, il entraîne une constipation opiniâtre et le durcissement des matières fécales ; enfin son action de resserrement des tissus n'est que momentanée et est toujours suivie d'une forte réaction congestive. Ce sont des obstacles sérieux à son emploi ; au reste les observations où il a été employé, celles où furent employés les médicaments parce qu'ils contiennent du tanin sont assez rares : l'acide gallique et la ratanhia, le cachou, l'hamamelis sont dans ce cas.

Aciae gallique. — L'acide gallique a les mêmes avantages et les mêmes inconvénients que le tanin ; son action irritante, astringente et caustique est si puissante qu'aujourd'hui on ne l'emploie guère que pour l'usage externe.

Ratanhia. — La ratanhia n'agit non plus que par le tanin qu'elle contient. Elle a été employée en lavement par Rilliet et Barthez qui ont renoncé à son usage. Si la ratanhia a eu une certaine vogue et a été souvent employée, c'est à cause de son action moins active que celle du tanin, c'est qu'elle paraît mieux réussir à arrêter les hémorragies des membranes muqueuses que celles qui dépendent d'une altération organique. Cependant Bouchardat dans son *Traité de matière médicale* (1865) dit « qu'elle con-

vient dans tous les cas où il y a épuisement, affaiblissement extrême du sujet, lorsque le flux sort avec asthénie ; mais elle est contraire dans les hémorragies avec congestion et, c'est le cas le plus fréquent, dans les gastrorragies du nouveau-né ».

Alun. — Le sulfate double d'alumine et de potasse est le type des stryptiques ou astringents minéraux. Il a une action analogue à celle du tanin. Il ne fut, du reste, guère employé qu'une fois par Rahn Escher qui renonça à son emploi en faveur de la ratanhia, Paulier, dans sa *Thérapeutique*, 1878, constate que dans l'hématémèse et le mélœna, l'alun n'a qu'une efficacité passagère, le plus souvent insuffisante. Très astringent, acide, coagulant l'alumine, il a l'avantage d'être antiseptique et désodorisant, mais souvent, même à faible dose, il provoque des troubles digestifs et de la constipation (Pouchet). Je puis citer ici l'opinion de Gendrin qui ne croit pas non plus à l'efficacité de quelques-uns des médicaments précités. « L'ingestion de médicaments sédatifs, comme l'eau à la glace ou astringents comme l'eau acidulée, les solutions alumineuses, tannates, a été conseillée pour agir dans le même sens ; mais l'utilité de ces moyens n'est rien moins que contestée, souvent ils augmentent les vomissements de sang et l'hémorragie. Ces médicaments ne pourraient agir utilement que par leur action topique sur la muqueuse de l'estomac. Cette action est annulée par leur mélange avec le sang, l'interposition du mucus

sanguinolent qui revêt la surface interne de l'estomac. »

Emollients et mucilagineux. — De ces médicaments, il y a peu de chose à dire, on s'est servi d'amidon, de riz édulcoré, d'orge gommé (Billard), de la gomme, d'orge mondé et perlé, etc. Depuis Rahn Escher, ces produits sont inusités. Leur action est à peu près nulle, mais s'ils sont inutiles, ils ont le mérite de ne pas nuire.

Acides. — Je crois qu'il est inutile d'insister sur ce que les acides nitrique, sulfurique peuvent avoir de dangereux, et aujourd'hui il ne viendrait jamais à l'esprit d'employer chez les nouveau-nés des médicaments aussi actifs, qui congestionnent les muqueuses, risquent, même très étendus, de produire des eschares et nuisent à la digestion en faisant cailler le lait et en précipitant le lab ferment.

Ergot de seigle, ergotine. — Depuis longtemps, l'ergot et surtout l'ergotine, en raison de leur action sur le système capillaire, ont été employés pour combattre les hémorragies en général et aussi quelquefois les hémorragies gastro-intestinales. Ces résultats sont souvent infidèles, mais paraissent, dans quelques circonstances, avoir été heureux. L'ergotine a du reste sur les produits précédents l'avantage de ne pas avoir une action directe par contact avec les muqueuses malades, puisqu'on l'emploie en injection sous-cutanée. Elle favorise la formation du caillot, produit une vaso-construction qui arrête l'hémorragie, bien qu'il y ait ralentissement de la circulation

avec petitesse et dureté du pouls et augmentation de la pression sanguine. Sous son influence le sang devient moins liquide. Aussi après l'adrénaline, est-ce à l'ergotine en injection hypodermique (un quart de centimètre cube d'ergotine Yvon) qu'il faut avoir recours dans les hématomés. Malheureusement l'ergotine produit quelquefois des vomissements ; il faudra donc être très circonspect dans son administration, ne pas oublier que chez les enfants, les phénomènes d'ergotisme, toujours graves, éclatent dès que la dose est un peu élevée et en réserver l'usage dans les cas très graves.

Sérum de cheval. — Ce sérum, employé par Reinach, était injecté à la dose de 10 à 20 centimètres cubes au moment de l'hémorragie : une seconde injection était faite deux jours plus tard. Reinach exposa avec une grande franchise, dans un long article paru dans la *Munchener medicinische wochenschrift*, le 15 mai 1896, la conclusion de ses expériences. Il dut renoncer à ce traitement, 3 fois sur 18 enfants qu'il traita, survinrent des broncho-pneumonies qui emportèrent rapidement ces malades ; souvent, il eut après les injections des ascensions thermiques passagères, il est vrai, accompagnées d'une albuminurie transitoire : enfin dans un cas, il se produisit un érythème généralisé, avec fièvre intense, qui compromit l'existence du nouveau-né et ne disparut qu'après quinze jours.

Hayem dans son remarquable livre *Le sang* confirme les remarques de Reinach. La broncho-pneu-

monie est due à un genre particulier de la coagulation du sang produisant de petites embolies qui vont se loger dans le poumon : l'altération des globules rouges, des globules blancs et des hémato blasts retarde la réparation sanguine ultérieure. Hayem insiste sur la difficulté du dosage du sérum pour obtenir un effet certain produit par la réaction de l'organisme, réaction que nous ne pouvons prévoir.

Gélatine. — N'osant avoir recours à la glace chez un enfant aussi jeune (est-il écrit dans la *Presse médicale belge* du 14 janvier 1900) et connaissant l'inefficacité des moyens classiques préconisés en pareils cas, M. Guttman envoya chercher trois feuilles de gélatine, les fit dissoudre dans un quart de litre d'eau chaude ; la moitié de la solution fut administrée sous forme de lavements, et l'autre moitié donnée par cuillerée à café par voie stomacale. L'effet de cette médication ne se fit pas attendre : l'hémorragie ne se produisit plus et l'enfant guérit.

Commandeur a utilisé aussi la gélatine dissoute dans du sérum artificiel.

Guttman et Commandeur ont réussi dans les deux cas précités.

Cependant aucun des ouvrages de thérapeutique actuelle ne recommande l'usage de la gélatine. Arnozzan constate que l'emploi du sérum gélatiné ne semble pas se généraliser.

Chauffard, dans un mémoire à l'Académie de Médecine, a montré qu'avec la gélatine la putréfaction du

sang épanché était inévitable ; qu'il y avait production d'une certaine quantité de liquides fétides qui peuvent causer de véritables dangers. La gélatine est de plus un excellent milieu de culture pour le bacille de Nicolaïer et il existe d'assez nombreux cas de tétanos succédant à des injections gélatineuses.

M. Paul Carnot attribue la propriété hémostatique de la gélatine à la présence presque constante du chlorure de calcium dans la gélatine du commerce. Dans nos recherches je n'ai pas trouvé une seule observation indiquant que le chlorure de calcium ait été employé : il ne présente pas les inconvénients sérieux de la gélatine et paraît en avoir les avantages.

Sérums artificiels. — Recommandé par Barozzi dont j'ai rapporté précédemment les subtiles divisions, le sérum artificiel paraît inutile, sauf toutefois dans les cas désespérés. Il facilite alors la coagulation du sang, relève la pression sanguine, lutte contre l'extrême dépression du cœur et du système nerveux, ce qu'aucun autre médicament ne peut faire. Ce n'est pas un moyen hémostatique proprement dit, mais plutôt un moyen de reconstitution. Aussi n'en faut-il pas abuser car la rénovation du sang est très possible, sans faire une opération inutile. Hayem lui-même en recommande l'usage modéré et croit que l'on a trop de tendance à attribuer au sérum la guérison d'anémies qui auraient été aussi bien guéries sans ce moyen.

Adrénaline. — De nombreux auteurs ont con-

firmé les propriétés ischémiantes, décongestionnantes, anémiantes, par vaso-constriction, de l'adrénaline ; aussi n'est-il pas étonnant qu'elle ait été expérimentée l'année même de sa naissance par Holl, 1902, Champetiers de Ribes, 1903, 1904, 1905, Lequeux, 1905 et bien d'autres encore et que des succès aient couronné ces tentatives. L'adrénaline agit sur les muqueuses saines ou enflammées, en les anémiant très rapidement. Elle n'a pas comme le perchlorure de fer la propriété de coaguler le sang, mais elle le refoule, le chasse des parties qu'elle touche. C'est un médicament qu'il me semble bon d'employer par ingestion buccale surtout dans ces cas d'hémorragies gastro-intestinales, foudroyantes où le sang coule abondant, rouge, mouillant les langes des enfants ; dans ces cas effrayants où la vie du nouveau-né se trouve compromise, quelquefois en moins d'une heure, M. Champetiers de Ribes donne l'adrénaline de VI à XL gouttes dans les vingt-quatre heures par la voie gastrique, V à XV gouttes en lavement et III à IV gouttes par injection sous-cutanée.

Lequeux moins audacieux ne donne qu'une goutte matin et soir *per os* et néanmoins avec succès.

C'est que l'adrénaline est un médicament énergique, qui peut être utile comme dernière ressource dans les cas désespérés. Il ne faut l'employer que lorsqu'il est nettement indiqué et l'on doit être très circonspect dans son administration, surtout par la voie hypodermique. Il ne faut pas oublier que la tolérance pour ce produit varie avec chaque sujet et

que des doses supportées par les uns ont amené chez d'autres l'œdème aigu du poumon ; l'albuminurie accompagnée d'émission des cylindres épithéliaux, de nausées, de vomissements et souvent d'une sensation de constriction thoracique avec angoisse précordiale. Je dois reconnaître que ces effets ont été remarqués chez les adultes avec des doses relativement élevées et que les observations sont jusqu'ici assez rares pour ne pouvoir apprécier la susceptibilité des enfants à ce médicament.

Aussi je suis loin de penser que l'adrénaline doit être rejetée de la thérapeutique des hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés, mais j'estime qu'il est prudent de ne l'utiliser que dans les cas très urgents où il faut agir énergiquement et rapidement. La toxicité de l'adrénaline est, paraît-il, bien moindre quand on l'introduit dans l'économie par la voie buccale, et cela s'explique facilement par l'action neutralisante du foie : Par cette voie elle est plus efficace aussi puisqu'elle est en contact direct avec l'estomac et l'intestin et agit avec plus d'intensité contre l'hémorragie. Quel que soit le mode d'administration employé, il sera bon de ne pas continuer trop longtemps l'usage de l'adrénaline, à cause de l'action néfaste qu'elle exerce sur le rein, le cœur et surtout les artères.

La voie buccale me semble préférable pour les raisons que je viens d'exposer ; elle est préférable à la voie hypodermique qui est plus dangereuse et surtout à la voie rectale qui me semble la moins

efficace, car son action met plus de temps à se manifester et dans les cas que j'ai indiqués il faut agir vite.

Je ne parle pas des contre-indications signalées par O. Jossué, tension artérielle trop élevée, altération des artères de l'encéphale, anévrisme artériel, puisque cela n'existe pas chez l'enfant.

Troisième Partie

LES FAITS

Examen critique des différents traitements

OBSERVATION I

(Due à Rahn Escher)

L'observation dit que la mère nerveuse et sujette à des attaques d'hystérie, mit au monde une petite fille qui pendant trois jours n'eut rien d'anormal.

Le quatrième jour, au matin, les selles avaient déjà un peu plus de consistance et l'enfant venait de boire plusieurs fois avec assez d'appétit, lorsqu'il survint subitement des selles plus fortes, aqueuses, jaunes claires et vertes foncées ; agitation extrême, convulsion, figure pâle, respiration et pouls spasmodiques, abattement notable, ventre un peu ballonné, mais ni chaud, ni tendu paraissant un peu douloureux au toucher surtout avant chaque évacuation. Le soir même, la scène change, l'enfant est prise d'hémorragies abondantes de 2 onces à 2 onces 1/2 chacune qui se succèdent avec rapidité par l'anús et une seule fois par la bouche, sang noirâtre, à moitié liquide, à moitié coagulé, ressemblant parfois à de la lavure de chair, le plus souvent mêlé

au méconium et aux matières fécales, toujours à des mucosités, épuisement considérable des forces, diminution notable des urines ; pouls filiforme, inégalement intermittent ; figure pâle, traits affaissés, respiration inégale, parfois intermittente, parfois accélérée, sommeil le plus souvent lourd et pesant, accompagné de secousses des membres et de mouvements convulsifs des yeux. Abdomen flasque, affaissé, sans sensibilité exaltée, cordon ombilical desséché, entièrement vide de sang. (Emulsion mucilagineuse avec la magnésie, l'alun et le musc, fomentations avec du vin rouge sur le bas ventre ; infusion de pépins de coings, diète absolue.)

Dans la nuit du quatrième au cinquième jour encore deux hémorragies par le rectum, un seul vomissement d'un sang rouge foncé liquide, mêlé à beaucoup de mucosités ; le sang rendu par le bas à le même aspect que celui de la veille, même état de faiblesse, mais moins de convulsions ; sécrétion des urines entièrement suspendues. Dans la journée 3 selles sanguinolentes, mais moins abondantes, formées de caillots de sang gris noirâtre plus organisé et plus fibrineux que la veille, l'urine s'écoule de nouveau en petite quantité.

Le sixième jour cessation de l'hémorragie, pouls toujours faible mais régulier, ainsi que la respiration, convulsions moins fortes, urines abondantes, constipation (même traitement, lavement de lait produisant une selle dure et foncée). Le lendemain, une selle spontanée de matières sèches mêlées encore à des caillots de sang.

Du huitième au quatorzième jour, administration d'extrait de chiendent avec addition d'acétate de potasse liquide et de musc et tous les jours un bain de fleurs de camomille, de chardon béni et de carbonate de soude. Dans cet inter-

valle la petite malade a tous les jours 2 ou 3 selles contenant encore un certaine quantité de sang mêlé à des matières fécales. la vivacité renaît un peu, les convulsions diminuent de plus en plus, le poulx se relève, la respiration se fortifie, mais il reste une grande laxité des parties molles et une pâleur blafarde de toute la peau et d'une partie de la cavité buccale et de la langue, l'amaigrissement est extrême. On nourrit l'enfant avec la farine d'orge d'Hufeland cuite dans du lait et tous les deux jours on lui fait prendre un bain de camomille avec addition de vin. Sous l'influence de ce traitement les forces et les fonctions digestives se rétablissent de jour en jour davantage, et les convulsions cessent entièrement, mais la pâleur du corps ne disparaît pas. Il s'est formé comme un état chlorotique caractérisé par l'inertie, la pâleur et la bouffissure de la peau par de la faiblesse et de temps en temps par de la dyspepsie qui persiste trois mois encore après l'époque des hémorragies. Le carbonate de fer, à la dose de 1 grain, 3 fois par jour avec du carbonate et de la gomme adragante, et, plus tard comme le carbonate de fer ne pouvait être supporté, la poudre vitale avec quelques gouttes d'essence douce de Halle produisait quelque amélioration. La petite malade prend pendant tout l'été et passe une partie de la saison à la campagne. Les forces reviennent de plus en plus et la couleur de la peau de pâle qu'elle était devient de plus en plus jaune. La première dentition qui a eu lieu en hiver, se fait avec lenteur s'accompagnant parfois de petits mouvements fébriles et de constipation : les couronnes des dents, qui sont lentes à venir, se gâtent promptement. L'accroissement des forces semble s'arrêter et il se montre même quelques symptômes précurseurs du

rachitisme. On ordonne un régime plus fortifiant et des ferrugineux. Vers le printemps, après la sortie des dents incisives, les forces de l'enfant se remettent avec rapidité; son aspect devient meilleur; elle apprend à marcher, reprend visiblement ses forces et un peu de gaieté, sans montrer aucune trace de ses anciennes souffrances. La perforation des dents canines et molaires se fait facilement et sans troubler la santé.

OBSERVATION II (Rilliet et Barthez)

Le 30 janvier 1846, l'un de nous fut appelé, à une heure de l'après-midi, pour voir un nouveau-né qui, disait-on, était dans le plus grand danger. Les renseignements suivants, recueillis de la bouche de la garde, furent plus tard confirmés par le Dr Maunoir. Ce petit garçon, né la veille à quatre heures du matin, était un jumeau. L'accouchement n'avait pas été spécialement difficile, cependant M. Maunoir avait dû employer le forceps; les placentas étaient séparés, les eaux de l'amnios peu abondantes, le cordon n'offrait rien de remarquable. Il fut lié de la manière et dans le temps ordinaires. L'enfant était à terme, pas très gros, mais bien proportionné, bien vivant, criant avec force et non pléthorique. Toutes ses fonctions paraissaient à l'état normal, le méconium avait été expulsé quelques heures après l'accouchement à la suite d'une cuillerée à café d'huile de ricin. L'enfant avait ensuite pris quelque repos, puis avait tété avec avidité. Rien en un mot ne pouvait faire supposer un accident quelconque lorsque la garde s'aperçut en changeant son linge qu'un reste de méco-

nium était mélangé avec une certaine quantité de sang. Deux heures après l'enfant rendit une deuxième selle abondante de sang pur, liquide et mêlé à des caillots. A une heure de l'après-midi troisième selle sanglante riche en cruor. C'est alors que nous fûmes appelés. Lorsque nous examinâmes le petit malade, nous le trouvâmes d'une pâleur mortelle. La garde nous dit qu'il avait beaucoup changé. Son pouls était imperceptible, ses jambes et ses bras froids, ses yeux étaient habituellement fermés ainsi que sa bouche. Il ne pouvait ni ne voulait rien avaler, cependant la motilité était conservée ainsi que le cri. Le ventre était souple, non tuméfié, la pression ne paraissait pas douloureuse, il n'y avait ni vomissements ni renvois. La bouche, examinée après abaissement forcé des mâchoires, n'offrait aucune lésion, il n'y avait pas de symptômes nerveux. Nous fîmes appliquer sur le ventre des compresses trempées dans du vinaigre froid, tandis que les extrémités étaient enveloppées dans des flanelles chaudes. Nous prescrivîmes des lavements avec douze grains d'extrait de ratanhia, ils furent presque immédiatement rendus, accompagnés d'une certaine quantité de sang. A quatre heures de l'après-midi l'enfant est dans le même état ; nous le voyons avec le D^r Maunoir et nous prescrivons l'application sur le ventre de compresses trempées dans une forte décoction de ratanhia (deux onces pour une livre) et des lavements avec douze grains d'extrait. Ils sont comme les précédents presque aussitôt rejetés et suivis d'une abondante hémorrhagie de sang liquide et coagulé. La sixième selle sauguinée a lieu à six heures du soir, on se contente alors d'appliquer des compresses. Le pouls est un peu relevé à 120. L'enfant a un très léger tremblement des mains et une oscillation des globes oculaires, mais

pas de convulsions proprement dites : le ventre n'est point ballonné. De dix heures du soir au 31 au matin, on lui fait prendre de huit à dix cuillerées de lait froid qui passent bien. A huit heures du matin on le met au sein, il saisit facilement le mamelon et à plusieurs reprises. Le pouls est régulier et bien senti. A midi deux selles abondantes, verdâtres, ne contenant ni sang ni caséum.

A une heure le facies est bon, teint très pâle, le pouls bien senti à 140 ; il tette facilement et avidement.

Le tremblement des bras et l'oscillation des yeux ont disparu, mais l'amaigrissement est considérable et les chairs sont flasques.

Le 8 février à 8 heures du matin il rend 2 selles jaunâtres ; pendant la nuit, il avait tété à plusieurs reprises pendant deux ou trois minutes : le pouls est petit, mais les cris sont énergiques et les mouvements annoncent de la vie. Sa figure est amoindrie, elle a une teinte jaune caractéristique, des hémorragies. Le ventre ne présente aucun symptôme notable sauf une matité de trois travers de doigt sans cependant que la rate déborde les côtes. Ce jour-là, la guérison pouvait être considérée comme assurée et en effet elle s'est soutenue. L'enfant a rapidement prospéré, les fonctions digestives s'exécutant normalement ; mais la pâleur a persisté pendant longtemps. A l'âge de six semaines on l'a vacciné et la peau, bien qu'à peine écorchée par la lancette, a fourni une grande quantité de sang. Aujourd'hui il a sept ans, il est bien portant, mais toujours pâle et un peu fluët.

OBSERVATION II (Variante)

Nous lui fîmes donner des lavements de ratanhia, mais ils amenèrent comme chez son frère, des selles sanguines abondantes. Aussi nous nous contentâmes d'appliquer sur le ventre des compresses froides trempées d'une décoction de ratanhia et d'envelopper les extrémités inférieures dans des flanelles imbibées dans une infusion aromatique chaude.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. Chavanne, interne à la
Maternité. Tirée de la thèse de Dusser.)

G. E..., âgée de vingt-huit ans, domestique, entre à la maternité le 1 novembre 1889.

Antécédents personnels. — La première enfance a été délicate ; elle ignore à quel âge elle a marché.

Elle a eu le croup à trois ans et la fièvre typhoïde quelques années plus tard. Les premières règles apparurent à l'âge de quinze ans et demi. Elles furent régulières, peu abondantes, d'une durée de quatre jours par mois. C'est une femme de petite taille, 1 m. 33, d'apparence chétive ayant quelques traces de rachitisme, mais ses membres inférieurs sont courts et droits. Elle a contracté la syphilis l'année dernière. Elle a eu, dit-elle, des boutons aux parties génitales et une éruption généralisée qui ne laisse pas de traces ; ses cheveux sont tombés en grande partie, de plus elle a eu des plaques muqueuses à la bouche. Elle fut soignée par un mé-

decin qui a ordonné des pilules de mercure et des gargarismes ; traitement qu'elle a suivi pendant un certain temps. C'est pendant cette médication qu'elle devint enceinte. On ne peut obtenir au sujet du père de l'enfant aucun renseignement précis.

Dernières règles du 7 au 8 mars.

L'enfant se présente en OIDA, et la femme accouche spontanément le 1^{er} décembre après une excellente grossesse.

L'enfant est du sexe mâle et pèse 2.620 grammes.

3 décembre. — Première hémorragie entre cinq et sept heures du matin. le sang trouvé dans les langes n'est pas rouge, il est couleur sépia, poisseux et contient quelques grumeaux plutôt que des caillots.

Seconde hémorragie à 9 heures du matin. quantité approximative de 20 à 25 grammes de caillots. Ce sang a tous les caractères de celui qui a séjourné dans l'intestin.

11 heures matin : l'enfant prend 5 grammes de grog et un peu de lait que la nourrice lui fait couler dans la bouche à l'aide d'une cuillère. Troisième évacuation sanguine assez abondante.

1 heure soir : grog 5 grammes. L'enfant prend un peu le sein, quatrième hémorragie assez considérable :

3 heures : grog 5 grammes, naphtol β à 0, 20 0/0, 10 grammes. L'enfant est très faible, ne tette pas et boit à peu près bien : 10 grammes de lait de nourrice. Cinquième hémorragie toujours abondante ; l'enfant est calme, il repose dans son berceau et ne se refroidit pas. Entre 3 et 4 heures on constate qu'il n'a rien perdu.

5 heures : Grog 5 grammes, lait de nourrice 10 grammes.

On trouve encore beaucoup de sang dans les linges. Sixième hémorragie entre 5 et 6 heures.

Poids de l'enfant après le repas de 5 heures, 2.305 grammes.

7 heures : Rien dans les linges. Sommeil depuis 5 heures du soir, le nouveau-né prend 5 grammes de grog et 10 grammes de lait de nourrice dont il déglutit une très petite partie.

Nuit du 3 au 4 décembre. — L'enfant n'a pas perdu de sang, il a crié à plusieurs reprises comme un enfant qui a des coliques. Il n'a pas voulu téter et a pris toutes les deux heures 5 grammes de grog et 10 grammes de lait d'ânesse, une fois 10 grammes de solution de naphtol. Le matin de 4 heures à 5 heures rien dans les linges.

4 décembre, 8 heures du matin. — On trouve une selle noire ; quelques instants après l'enfant eut un vomissement de sang également noir.

Pesée faite après la selle et le vomissement, 2.240 grammes.

Pesée fait après le repas et le vomissement, 2.260 grammes.

11 du matin : Rien dans les linges. Il prend 10 grammes de solution naphtolée et 5 grammes de grog, 10 grammes de lait de nourrice (gavage). Midi l'enfant est très pâle, il dort bien.

1 heure du soir : Pas d'hémorragie, un repas, 5 grammes de grog, 10 grammes de lait qu'il prend très bien.

2 heures : L'enfant est placé dans une couveuse à la température de 30 degrés.

3 heures : pas d'hémorragie, 5 grammes de grog, 10 grammes de lait (gavage). Vomissement avec le repas et

selle très noire, très poisseuse et fétide, le vomissement est alimentaire avec quelques filets de sang, l'enfant est très pâle et a des frémissements des mains.

5 heures : Rien dans les linges, gavages avec 5 grammes de grog et 10 grammes de lait d'ânesse. Léger vomissement alimentaire avec un peu de sang noirâtre, mais l'enfant a sûrement gardé une bonne partie de son repas. Extrémités et lèvres un peu roses, aspect assez bon, bien meilleur qu'à 3 heures.

Pesée 2.260 grammes.

8 heures : Pas d'hémorragie, même régime, pas de vomissements, aspect assez bon.

Nuit du 4 au 5 décembre, 11 heures du soir. — 5 grammes de grog, 10 grammes de lait de nourrice, aspect bon, pas de vomissements ni de selles.

1 heure matin : 5 grammes de grog, 10 grammes de lait d'ânesse. A 2 heures solution naphtolée, 10 grammes.

3 heures : Même régime, mélæna en petite quantité.

5 heures : Rien dans les selles. L'enfant a crié plusieurs fois dans la nuit ; il est un peu agité.

5 décembre, 8 heures du matin. — Gavage avec 5 grammes de lait de nourrice. L'enfant prend parfaitement le sein. Selle très noire, très épaisse. Teint de cire. L'enfant ne paraît pas néanmoins trop faible. Pesée après la tétée 2.270 grammes.

11 heures : Même régime. Il tète un peu. Rien dans les linges, aspect bon.

1 heure : 5 grammes de grog. L'enfant ne tète pas ; on lui fait boire 10 grammes de lait de nourrice. Peu après il en

vomit une partie avec quelques traces de sang noirâtre très foncé, peu abondant.

2 heures soir : 10 grammes de solution naphtolée.

3 heures : 5 grammes de grog. Bonne tétée, pas de vomissements, pas de selle. L'enfant paraît très éveillé, ses joues et ses lèvres sont légèrement roses.

5 heures : 5 grammes de grog. Bonne tétée. Aspect bon, pesée après la tétée, 2,290 grammes.

10 heures : température 36 degrés.

Nuit du 5 au 6 décembre, 11 heures soir. — 5 grammes de grog. L'enfant prend bien le sein, a bon aspect, ne vomit pas et rend un peu de méconium.

1 heure matin : 5 grammes de grog, 15 grammes de lait d'ânesse. Rien d'anormal.

2 heures : 10 grammes de solution de naphtol.

3 heures : Grog, 5 grammes. L'enfant tète bien et n'a pas de vomissements.

5 heures : 5 grammes de grog, 15 grammes de lait d'ânesse. Il rend un peu de méconium.

6 décembre, 8 heures du matin. — Grog et tétée. L'enfant est un peu pâle. Pas de vomissements ni de selle. Poids après la tétée 2,240 grammes.

11 heures : 19 grammes de solution naphtolée, bonne tétée, aspect bon, pas de vomissements. Selle de consistance normale, un peu de méconium avec des flocons jaunes. Température 36°5.

1 heure du soir : Grog et tétée. Aspect bon.

3 heures : Grog et tétée. Aspect bon. Les oreilles ont une coloration rose.

5 heures : Solution naphtolée 10 grammes. Aspect très bon. L'enfant a pris 25 grammes de lait.

8 heures : Grog et tétée. Selle jaunâtre brunâtre.

Nuit du 6 au 7 décembre, à 11 heures. — Grog et tétée, à 1 heure et à 5 heures grog et 25 grammes de lait d'ânesse. Selle jaunâtre peu abondante.

7 décembre, 8 heures du matin. — Solution de naphtol 10 grammes. Bonne tétée, pas de vomissement, selle presque jaune. Aspect très bon. Pesée après la tétée 2.260 grammes.

11 heures : Grog, bonne tétée, pas de selle, miction abondante.

1 heure et 3 heures : Même régime. (La nourrice de l'enfant étant partie, on confie celui-ci à une autre récemment accouchée.)

5 heures : 10 grammes de solution de naphtol, bonne tétée, selle jaune, un peu liquide.

Pesée après la tétée et l'évacuation : 2.300 grammes. Pouls 120.

8 heures : Température 36 degrés.

Bonne tétée, grog.

8 décembre, dans la nuit du 7 au 8. — L'enfant a bien tété et n'a pas pris de naphtol.

Poids du matin 2.290 grammes.

Toute la journée aux heures habituelles l'enfant tète, on lui donne quatre fois 5 grammes de grog. Les selles sont presque jaunes.

5 heures soir : Le poids après la tétée est de 2.260 grammes. On le change de nourrice. Température 36°1.

9 décembre. — Poids du matin 2.300 grammes. Suppression du grog et du naphtol. Dans les vingt-quatre heures les selles sont normales.

10 décembre. — L'enfant continue à progresser, il est dans

les conditions d'un enfant ordinaire. Poids 2.320 grammes. Selles toujours normales.

OBSERVATION IV (Due à Lequeux)

M^{me} B..., âgée de dix-sept ans, fermière, vient de la Maternité de Saint-Antoine, le 7 mai 1905. Ses antécédents héréditaires et ceux de son mari ne donnent aucun renseignement au point de vue pathologique.

Elle-même n'a jamais été malade, pas d'alcoolisme, pas de syphilis avoués et d'ailleurs à l'examen on ne trouve comme lésions cutanées qu'un peu d'acné, pas d'alopécie, quelques petits ganglions cervicaux. Rate et foie de dimensions normales. On ne trouve pas davantage de tuberculose.

Le père est bien portant, sobre, non tousseur, et probablement non syphilitique.

L'histoire de la grossesse est banale, la mère ignore l'époque de ses dernières règles, elle est enceinte de huit mois et demi, elle accouche spontanément le 7 mai, d'un enfant pesant 2.400 grammes, la rupture des membranes a été pratiquée une demi-heure avant l'accouchement, la durée d'expulsion a duré quatre heures et demie et l'enfant naît par le siège décomplété, mode des fesses.

Extrêmement cyanosé à la naissance, il ne présente aucune trace de syphilis, pas de pemphigus, il crie assez mal. La cyanose persiste les jours suivants et attire l'attention.

8 mai. — L'enfant est nourri au sein exclusivement, il est toujours cyanosé. Température 36 degrés, on le réchauffe avec des boules.

A 6 heures du soir dans ses langes on trouve des matières noirâtres mélaniques mélangées d'un peu de sang rouge.

11 heures du soir : hématémèse assez abondante, l'interne du service, M. Kauffmann, fait ingérer 15 grammes de lait glacé.

L'hémorragie persiste, rejet par la bouche de matières noires, mélangées de petits caillots.

9 mai. — A 7 heures du matin, l'enfant continue à vomir du sang noir, selles nettement mélaniques accompagnées de sang rouge, l'introduction du thermomètre amène l'expulsion d'un caillot gros comme une noix. Température 35 degrés.

11 heures du matin: l'hématémèse a cessé un peu pendant la matinée, mais sur la fesse droite est apparue une ecchymose assez prononcée, l'enfant est pâle, il crie mal, mais il continue à bien ingérer le lait glacé, 15 grammes toutes les trois heures.

5 heures du soir : expulsion d'un très gros caillot noir par la bouche, selles toujours mélaniques mélangées à du sang noir et rouge. Il n'y a aucune espèce d'autre hémorragie. Température 33°8. Etat général mauvais. Le soir, je vois l'enfant et en dehors de l'état actuel sus-décrit je trouve sur la racine des cuisses et le rebord du bassin osseux quelques ecchymoses dues probablement aux manœuvres d'extraction, l'état général est mauvais, l'enfant très pâle, les cris plaintifs. Aucune trace de syphilis, pas de pemphigus.

La palpation ne dénote ni gros foie, ni grosse rate, l'ombilic est sec, pas de manifestation d'infection locale, pas d'ictère.

Je fais dans la fesse une injection de 1 centimètre cube d'extrait capsulaire Carrion.

Pendant la nuit du 9 au 10 mai, selles mélaniques mais pas d'hématémèse.

10 mai. — De 8 heures du matin à 4 heures du soir, l'enfant n'évacue rien par l'intestin ; à 4 heures du soir légère évacuation plus vert foncé que noire et très abondante.

Il a été fait matin et soir une injection de 1 centimètre cube d'extrait capsulaire Carrion, plus une injection de sérum par jour de 30 grammes. L'enfant a pris 15 grammes de lait glacé toutes les trois heures.

L'état général est plutôt moins mauvais qu'hier, le cri est plus fort, mais l'ictère est très prononcé et foncé. L'abattement est extrême, contrastant avec une légère raideur de la nuque.

11 mai. — L'enfant n'a plus eu aucune hémorragie, mais les selles sont vert foncé, glaireuses, très infectes comme odeur, l'ictère métapigmentaire est de plus en plus prononcé mais le baby crie mieux, tette mieux et prend dans la journée huit fois 25 grammes de lait.

On fait matin et soir une injection de 1 centimètre cube d'extrait capsulaire Carrion, une injection hypodermique de 30 grammes de sérum et une entérocluse à l'infusion de guimauve de 250 grammes.

12 mai. — L'état général s'améliore mais l'ictère persiste très foncé, il n'y a plus d'hémorragie ni d'ecchymose nouvelle, l'enfant crie mieux et tette avidement.

Matin et soir injection de 1 centimètre cube d'extrait capsulaire et 20 grammes de sérum dans la journée.

13 mai. — Amélioration de l'état général, mais persistance de l'ictère et des selles glaireuses qui sont cependant plus mélangées de jaune, l'enfant augmente de poids pour la pre-

mière fois ; on supprime le traitement d'extrait capsulaire et on fait sous la peau 20 grammes de sérum.

OBSERVATION V

(Due à Lequeux.)

M^{me} L. . . , III-pare, a eu deux accouchements antérieurs à terme. La dernière grossesse remonte à six ans.

Dernières règles, 6 janvier 1904.

Le 10 novembre 1904 elle vient à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. Grossesse à terme, tout à fait normale. O I G A. Accouchement rapide, ruptures des membranes au moment de l'expulsion. Enfant pesant 2700 grammes, placenta 450.

Examen de la mère. — Pas de stigmates de syphilis, rien du côté de l'appareil pulmonaire. Cœur deuxième temps un peu frappé. Foie normal.

Le père est mort subitement, n'avait jamais été malade, pas de soupçon de syphilis.

Pas de cause d'intoxication chez les ascendants.

Enfant ne présente rien d'anormal à la naissance, se porte bien jusqu'au 11 novembre (lendemain de l'accouchement).

Le 11, à 10 heures du matin il rejette par la bouche une quantité de sang d'environ 10 grammes, rouge, non digéré.

On ne trouve rien du côté de la bouche ni du côté du sein maternel. L'état général de l'enfant n'est pas mauvais, mais il refuse de téter. L'ombilic est sec, le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Pas de tension ni de dépression

des fontanelles. Cœur paraît normal, pas de phénomènes convulsifs. Température $32^{\circ} 2$; peut-être s'agit il d'une infection.

A midi nouvelle hémorragie semblable à la première ; l'enfant n'en paraît pas autrement affecté, l'état général reste bon.

Mise en couveuse, suppression de toute alimentation et expectation.

12 novembre. — Dans la nuit du 11 au 12 l'enfant a de nouveau une hématomèse abondante. Apparition du mœna ; l'état général est le même, l'enfant est plus pâle que la veille mais l'abattement n'est pas en rapport avec la quantité de sang perdu. Il réclame à téter et crie bien.

Traitement. — Une goutte d'adrénaline à 1/1000 dans une cuillerée à café d'eau matin et soir, lavement de guimauve.

Régime. — Eau par cuillerée à café toutes les heures.

13 novembre. — Mœna mais pas d'hématomèse, foie et rate normaux, état général médiocre.

1 goutte d'adrénaline matin et soir.

Une cuillerée à café de lait toutes les heures, bains chauds et frictions.

Dans la nuit du 13 au 14 novembre, pas de garde-robe, pas de vomissement, nuit calme, enfant abattu.

14 novembre. — Au matin une selle noire verdâtre encore mœlanique mais mélangée.

1 goutte d'adrénaline au 1/100 deux fois par jour, l'enfant est pâle mais il tette volontiers 25 grammes de lait toutes les heures, il est un peu amaigri et réclame le sein. Pas de fièvre.

Foie et rate normaux, ombilic sec.

15 novembre. — L'enfant va mieux et n'a plus d'hémorragie ni de melœna.

I goutte d'adrénaline au 1/1000 dans la journée.

16 novembre. — Même état, il se recoloré, l'enfant n'a pas de selles.

OBSERVATION VI (Champetiers de Ribes)

24 juillet 1903. — Primipare. Dernières règles : 20 au 25 octobre. O. I. D. P. Accouchement d'un enfant de 2.370 grammes (placenta 520 gr., durée totale du travail 6 h. 45), température le jour de la naissance : 35° 7.

Ne rend presque pas de méconium ce jour-là.

Vingt-quatre heures après la naissance, selles noires, poisseuses, contiennent du sang. Ventre mou, facies décoloré. Température : 36° 2. Traitement : V gouttes de solution 1/1000 d'adrénaline dans 30 grammes d'eau par cuillerée à café toutes les heures. Lavement avec une solution analogue, suppression dusein.

26 juillet. — L'enfant n'a plus d'hémorragie. Vu l'irrégularité de sa température, 35° 4-32° 7, l'enfant est mis à la couveuse.

27 juillet. — Suppression du traitement.

L'enfant reprend peu à peu, part en bon état le 10 août.

OBSERVATION VII (Champetiers de Ribes)

10 septembre 1904. — Primipare. Dernières règles, 14 au 18 décembre. O. I. C. A. Accouchement d'un enfant de

2.610 grammes (placenta, 500 grammes). Durée totale du travail, 4 h 45.

11 septembre. — A 6 h. 1/2 du soir, en changeant l'enfant, on constate que les langes sont souillés par le méconium enduit d'un sang noir, épais, et par du sang rouge en assez grande abondance. Bon état général de l'enfant. On donne V gouttes d'adrénaline au 1/1000 dans 30 grammes d'eau, par cuillerée à café d'heure en heure.

12 septembre. — On ne trouve plus de sang rouge, mais le méconium est encore teinté de sang noir. On redonne encore V gouttes d'adrénaline. Le soir le sang a presque totalement disparu des garde-robes.

13 septembre matin. — Plus traces de sang.

L'enfant quitte le service le 20 septembre, en bon état.

OBSERVATION VIII (Champetiers de Ribes)

12 février 1907. — Primipare, trente et un ans. Dernières règles, 12 au 14 mai. O.I.D.P. Durée totale du travail, 6 h. 25 dont expulsion deux heures. Accouchement à 7 h. 25 du matin d'un enfant de 2.990 grammes (placenta, 480 grammes).

Dans la journée du 12 février, rien d'anormal.

13 février. — Au matin on remarque que les couches sont ensanglantées. Le sang est poisseux ; suie mélangée à du méconium.

Potion : VI gouttes d'adrénaline dans 20 grammes de sirop, par cuillerée à café à intervalle d'une heure, glace sur le ventre, boisson glacée, jus de citron.

14 février. — Les hémorragies intestinales continuent

très abondantes. Du sang rouge liquide est rendu par l'anus. A chaque changement de couches, on les trouve souillées de sang, surtout par du sang liquide. Potion : 60 grammes d'eau avec XL gouttes d'adrénaline. Cette potion a été prise l'après-midi et la nuit.

Boissons glacées au citron, une cuillerée à café toutes les heures. Glace sur le ventre. Malgré ces hémorragies état général relativement assez bon, l'enfant se plaint peu.

15 février. — Les hémorragies continuent très abondantes, en partie sang liquide, en partie sang poisseux. L'état général s'altère beaucoup. Pâleur, facies décoloré, refroidissement. Température 34 degrés le matin, 32 degrés le soir. Poids 2.725 grammes.

On renouvelle la potion : XL (40) gouttes d'adrénaline dans 100 grammes d'eau, glace sur le ventre, eau glacée au jus de citron.

16 février. — Sang plus épais, marc de café, moins abondant. Température matin 36 degrés, s'abaisse le soir à 34 degrés. Poids 2.575 grammes.

Même potion non renouvelée qui sert toujours. Glace sur le ventre.

17 février. — Les hémorragies continuent : un peu de liquide, plutôt sang poisseux. On supprime la potion. On fait une injection de 15 centimètres cubes de sérum artificiel et une injection de trois divisions de la seringue de Pravaz, de la solution-mère d'adrénaline. Glace sur le ventre. Boisson au jus de citron.

Poids 2.550 grammes. Température 36 degrés le matin, 35 degrés le soir.

18 février. — Hémorragie moins abondante, très nettement.

De nouveau injection de 111 gouttes d'adrénaline. Glace sur le ventre. Pas de selles. L'allaitement est continué. Poids remonte à 2.500 grammes. Température 38 degrés.

19 février. — Les hémorragies se sont complètement arrêtées. On fait seulement 15 centimètres cubes de sérum sans adrénaline. Glace sur le ventre. Pas de selles. Allaitement est continué. Poids remonte à 2.500 grammes. Température 38 degrés.

20 février. — Allaitement. On retire la glace. Cataplasmes sinapisés sur la poitrine, deux ventouses, car l'auscultation révèle quelques sibilances dans la poitrine. Pas de selles. Il n'y a plus d'hémorragies. Poids 2.400. Température 29 degrés.

21 février. — Une selle ; lait assez bien digéré. Prend 20 grammes de lait à chaque tétée. Injection de 15 centimètres cubes de sérum. Deux ventouses. Poids remonte : 2.425 grammes. Température 37 degrés.

22 février. — Pas de selles depuis hier matin. On donne 30 grammes de lait. Injection de 20 centimètres cubes de sérum. Etat général plutôt satisfaisant. Téguments restent décolorés. Poids 2.450 grammes. Température 39 degrés.

23 février. — Deux selles paraissent digérées, ne contiennent pas de sang. L'enfant a pris 50 grammes par tétée toutes les deux heures. Etat général satisfaisant. Poids 2.525 grammes. Température 37 degrés. Chute du cordon.

25 février. — Etat s'améliorant. Selles régulières.

Pas de sang. Poids 2.600 grammes.

27 février. — Excellent état. Selles bonnes. Poids 2.650 gr. Quitte le service.

OBSERVATION IX (Personnelle)

(l'rise à la clinique Baudelocque, dans le service
de M. le professeur Pinard.)

Antécédents héréditaires. — Excellents. La mère bien constituée, primipare, âgée de vingt-sept ans, a eu à dix ans une fièvre typhoïde ; à dix-sept ans elle fut opérée à froid d'une appendicite.

Le père a vingt-cinq ans, est bien portant. Pendant les cinq premiers mois elle eut des vomissements survenant à n'importe quel moment de la journée ; elle est modiste, travaille donc assise, et de plus elle a évité toute fatigue les trois derniers mois de sa grossesse, aussi accoucha-t-elle à terme le 4 janvier, Elle entra à cette date, à 1 heure du matin, à la salle de travail. Elle serait, à son dire, en travail depuis le 2 janvier à 4 heures du soir. Depuis ce moment elle aurait été assistée par un médecin qui, le 3 janvier, aurait dans la soirée vers 7 heures tenté de faire à 3 reprises et sans résultat une application de forceps sous chloroforme.

C'est par suite de son échec et parce qu'il avait cru reconnaître un rétrécissement du bassin, que le médecin avait amené cette femme à la clinique.

À l'entrée on fait les constatations suivantes. Pouls 104. Température 37 degrés. Hauteur utérine 39.

Examen. — Palper. Œdème sus-pubien, vessie distendue cathétérisée, sommet engagé en gauche antérieur dans la partie haute de l'excavation.

Auscultation 130, 136, les bruits du cœur sont bons.

Toucher. — Déchirure des parois vaginales, dilatation complète, membranes rompues.

Léger écoulement sanguin, la tête est haut située. Les contractions régulières toutes les dix minutes sont peu efficaces ; en touchant au moment des contractions, on a l'impression que la tête descend. Grand bain d'une heure, lavement évacuateur, toilette, injection.

3 h. 30 du matin : La tête est descendue et appuyée sur le plancher périnéal. Il se forme une bosse séro-sanguine. Le segment inférieur s'infiltre, le périnée commence à s'œdématiser, ce qui décide une application de forceps. Les bruits du cœur sont bons.

5 h. 25 : Application du forceps en gauche antérieur : à 5 h. 30 extraction sans lésion périnéale d'un enfant pesant 3.877 grammes qui naît en état de mort apparente. Désobstruction des voies respiratoires. linges chauds, bains sinapisés. L'enfant crie au bout de dix minutes.

Délivrance artificielle immédiate. Poids du placenta, 630 grammes.

Observation de l'enfant :

Né le 4 janvier à 5 h. 40 du matin, 3.870 grammes.

5 janvier. — Poids 3.650 grammes. Première tétée vers 4 heures du soir ; l'enfant prend mal le sein, selles normales.

6 janvier. — Poids 3.600 grammes. Tétées toutes les trois heures. Selles normales.

7 janvier. — Poids 3.500 grammes. Vers 5 heures du soir, un seul vomissement noir, du volume d'une cuillerée à soupe, sans aucune manifestation de souffrance.

8 janvier. — Poids 3.400 grammes. Vers 7 heures du matin, vomissement noir un peu moins abondant que la veille et

survenant comme le premier au moment où on remue l'enfant pour le changer. Les tétées sont aussi nombreuses mais le lait est pris en plus petite quantité, a 2 selles plus abondantes que la veille et uniformément noires.

9 janvier. — Poids 3.400 grammes, 30 grammes d'eau bouillie toutes les trois heures, suppression complète du lait. Pas de vomissement, 2 selles noires. Les pieds de l'enfant sont froids. La température est de 34°5.

10 janvier. — Poids 3.380 grammes. Eau bouillie toute la journée, matières fécales contenant toujours du sang, membres toujours froids. Température 35°5.

11 janvier. — Poids 3.350 grammes. Le matin, les selles sont encore colorées en noir mais on distingue des points verts ; le soir les matières sont franchement vertes ; toutefois plus colorées que normalement. A 6 heures du matin, à 9 heures, à midi, tétées d'eau bouillie ; à 3 heures, lait stérilisé, à 6 heures, eau bouillie, à 9 heures, lait. L'enfant n'a pas changé d'aspect ; il est toujours cireux, abattu, ne crie pas ; ses fontanelles sont déprimées, ses chairs flasques ; la température est de 36°9.

12 janvier. — Poids 3.350 grammes. Encore une trace de sang, le matin, le soir selles normales, on donne le sein maternel vers 6 heures du soir ; avant ce temps, on a alterné les tétées d'eau et de lait.

13 janvier. — Poids 3.350 grammes. Selles tout à fait normales, l'enfant prend bien le sein et pleure plus que les jours précédents.

14 janvier. — Poids 3.360 grammes. Enfin la première augmentation de poids ; l'enfant tette bien ; les jours suivants, il continue à se bien porter ; sans paraître souffrir

du symptôme inquiétant qui était venu troubler les premiers jours de sa vie.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le D^r Wallich.)

Jacques M... Mère III-pare. Accouchements, antécédents normaux : vomissements incoercibles à la fin de la première grossesse ; les accouchements sont rapides ; de quatre à sept heures de travail.

12 avril. — Accouchement ; travail rapide, deux heures de travail, environ un mois avant époque prévue.

Néanmoins, enfant, garçon 4 kilos, placenta 580 grammes. Délivrance au bout de quarante cinq minutes, rétention partielle des membranes.

Allaitement maternel, la mère est nourrice parfaite.

13 avril. — L'enfant a perdu 70 grammes ; il a perdu beaucoup de mucosités et de méconium, il a uriné.

14 avril. — De minuit à 4 heures du matin, l'enfant geint beaucoup, on veut le mettre au sein, il refuse de téter. Pourtant à 4 heures du matin, il s'endort. A 7 heures du matin, on le trouve ayant vomi sur son oreiller une matière noirâtre, qui a inondé aussi sa brassière. A 8 h. 30, la respiration est courte et fréquente, l'enfant fait des grimaces et contracte les lèvres. La température rectale est à 35°3. Le ventre est souple. On ne constate rien d'anormal au cœur ni aux poumons. L'enfant a uriné et rendu du méconium dont l'aspect est normal. On supprime les tétées, on ne permet que de temps en temps une cuillerée d'eau d'Evian sucrée à

la température de la chambre. On fait un enveloppement ouaté. L'enfant ne pleure pas et ne paraît rien réclamer. Il a perdu depuis la veille 180 grammes, ce qui n'est pas extraordinaire chez un enfant de 4 kilos le deuxième jour. A 2 heures température 36°8 dans le rectum. Il a bien pris son eau sucrée.

8 heures : température 37 degrés. L'enfant paraît bien disposé, il a un peu crié et accepté volontiers son eau : Consultation avec le professeur Hutinel, qui porte un pronostic favorable. On maintient la diète hydrique, au cas de réveil.

15 avril. — Malgré cette prescription, les parents se sont laissés aller à faire téter l'enfant une fois dans la nuit, il a eu une légère hématomèse. Notons qu'il avait pris le sein volontiers. Température 37 degrés.

L'enfant est mis au sein à 10 heures du matin, mais il n'a aucun appétit, de même à 2 heures du soir. Légère hématomèse à 5 heures du soir. Il n'a pas rendu de méconium il a uriné : montée laiteuse chez la mère : il a perdu 20 grammes de son poids.

16 avril. — On vient me chercher à 4 heures du matin. Depuis la veille, 10 heures du soir, l'enfant n'a cessé de crier, et il vient de rendre une selle abondante noire. Toute la nuit, l'enfant a refusé le sein et n'a accepté que l'eau sucrée, la température est de 37°5. A 5 heures, on le met au sein, il fait 25 mouvements de succion et s'endort. On recommence à 10 heures, il prend 20 grammes ; 50 grammes à 2 heures du soir. Il a encore diminué de 100 grammes.

17 avril. — Selle très abondante teintée en noir. L'enfant prend et conserve 250 grammes de lait, son poids reste stationnaire.

18 avril. — L'enfant tette très volontiers et rend sa première selle jaune. Il diminue encore de 20 grammes : depuis sa naissance, il a diminué de 390 grammes.

19 avril. — L'enfant augmente de 70 grammes.

30 avril. — Il a regagné ses 4 kilos. (Il était né le 12).

L'enfant, âgé actuellement de six ans et demi, est superbe et ne s'est jamais ressenti des accidents qui ont suivi sa naissance.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Wallich.)

Mère primipare ; dernières règles 25 août au 5 septembre 1906. Présentation du siège décomplété, mode des fesses. Premières douleurs le 3 juin 1906 à 4 heures du matin, dilatation de 5 heures à 8 heures. Complète à 9 h. 30, expulsion à 10 heures très rapide. Manœuvre Mauriceau. Rien au périnée. Délivrance naturelle à 10 h. 30 : garçon de 2850 grammes placenta de 430 gr. 21/9.

4 et 5 juin. — L'enfant ne veut pas le sein.

4 juin. — 40 grammes de tétée.

5 juin. — 40 grammes de tétée le jour, selles de méconium avec noyaux durs, puis sanglants.

6 juin. — Augmentation de 25 grammes. L'enfant a tété volontiers mais il a eu cinq ou six selles noires ; malgré cela il garde bon aspect. Diète hydrique, température 35°5. Immobilisation.

7 juin. — Température 36°5 : huit tétées à 20 grammes, quelques selles noires.

8, 9, 10 juin. — Température 37 degrés. 200 grammes par jour.

11 juin. — 240 grammes.

12 juin. — Selles jaunes.

13 juin. — Huit tétées à 35 grammes.

L'enfant a actuellement trois ans et est en parfaite santé.

OBSERVATION XII (Personnelle)

(Prise à la clinique Baudelocque dans le service de M. le Professeur Pinard.)

L'accouchement eut lieu chez une sage-femme agréée.

La mère, bien constituée, robuste, possède ses parents ; elle n'a jamais été malade. Elle eut un premier enfant le 27 janvier 1906, qui fut élevé uniquement au sein jusqu'à six mois, ensuite eut une alimentation mixte ; sa santé fut excellente jusqu'à deux ans où il fit une pneumonie dont il se remit parfaitement.

En 1905, une fausse couche à six mois et demi, cinq jours après une chute.

La grossesse actuelle s'est passée sans incident ; les deux derniers mois cette femme s'est reposée, aussi accoucha-t-elle à terme ; au moment de son accouchement la hauteur de l'utérus est de 33 centimètres ; la présentation est occipito-iliaque, variété gauche antérieure.

Le début du travail eut lieu le 10 février vers 5 h. 30 du matin ; l'expulsion se produisit à 9 h. 15, après avoir duré cinq minutes ; la délivrance fut longue, le pouls au début à 75 passa après une heure dix minutes, subitement à 90. La

sage-femme fit alors une délivrance artificielle, suivie d'une injection intra-utérine d'eau chaude ; adhérences anormales. Le placenta pèse 480 grammes, insertion vélamenteuse du cordon ; il ne paraît pas y avoir de rétention de membranes. Les jours suivants cette femme n'eut aucune élévation de température.

Observation de l'enfant.

C'est une fille pesant 2.350 grammes, paraissant bien constituée.

11 février. — Poids 2.300 grammes ; à 9 heures du matin l'enfant a expulsé du méconium ; la deuxième tétée eut lieu vers 1 heure. Vers 4 heures, elle refuse le sein, se montre très agitée, pleure sans cesse ; pas de convulsions. A 5 heures on la change sans rien remarquer de particulier ; à minuit la mère remarque sur l'oreiller une masse noire, marc de café avec tout autour une auréole rosée ; l'enfant devient plus calme, refuse le sein et s'endort.

12 février. — Vers 7 heures du matin, en démaillant le nouveau-né, on voit le méconium au milieu d'une masse liquide, noirâtre, représentant environ le volume de 2 cuillerées à soupe ; on lave l'enfant, mais on s'aperçoit aussitôt que du sang coule pur par l'anus et en assez grande abondance, brusquement le teint devient cireux, les chairs flasques ; l'enfant est abattu.

La sage-femme habille la petite malade et la transporte immédiatement à Baudelocque. Le sang a coulé pendant le trajet avec tant d'abondance que les linges sont traversés ; on constate que les membres sont froids, la température rectale est de 34°5, les fontanelles sont facilement déprimées, l'enfant crie avec peine, sans force, ne remue plus et n'op-

pose pas cette résistance particulière qu'on trouve chez les bébés.

A partir de ce moment on ne donne que de l'eau bouillie par cuillerée à café toutes les deux ou trois heures. Le soir, vers 5 heures, on change la petite malade avec beaucoup de précaution. Elle eut une selle sanglante, noire; la température est de 35 degrés.

13 février. — Poids 2.150 grammes. On continue la diète hydrique. Vers 7 heures du matin, en démaillant le nouveau-né on trouve encore du sang noir dans les langes mêlé cette fois à du méconium, la température est de 36°6, et cependant l'aspect de la malade ne change pas, elle ne paraît pas reprendre ses forces. Le soir vers 5 heures, nouvelle hémorragie; le sang coule rouge mais en bien moins grande quantité que la première fois. Température 35°9.

14 février. — Poids 2.080 grammes. Diète hydrique, les selles sont noires le matin sans trace de méconium. Température 36°4. Le soir le sang est beaucoup moins abondant. Température 36°6. L'aspect général n'a pas changé.

15 février. — Poids 2.060 grammes. Diète hydrique jusqu'à midi; quelques caillots de sang ont été expulsés avec du méconium. Température 36°9, à 1 heure, on donne au bébé une cuillerée à bouche de lait. On alterne toutes les trois heures eau et lait. Le soir, il n'y a aucune trace de sang dans les selles. Cependant l'aspect général est stationnaire.

16 février. — Poids 2.060 grammes. Température 36°8. A partir d'une heure on ne donne plus que du lait au nouveau-né, qui a très faim, boit avec avidité. Le soir, température 37°2.

17 février. — Une tétée vers 6 heures du matin, une demi-heure plus tard, la nourrice ne voit plus remuer le

bébé, il était mort ; en le démaillant il n'y avait aucune trace de sang dans les langes.

La famille s'est opposée à ce que l'on fasse l'autopsie.

Je suis arrivé à la fin de mon travail ; je tiens à faire remarquer ici qu'à l'exception de deux ou trois observations que je trouve des plus intéressantes, je n'ai pas produit celles qui sont transcrites tout au long dans des thèses ou des ouvrages parus antérieurement ; je me suis contenté d'en donner la bibliographie pour qu'on puisse les retrouver et les commenter au besoin.

Il me reste à comparer maintenant les divers résultats obtenus avec chacune des médications employées et à tirer de cette comparaison des conclusions aussi précises que possible dans le cas d'hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés. J'aurais bien désiré pouvoir établir une statistique pour chaque médicament employé, je n'ai pu le faire, plusieurs médicaments différents ayant été utilisés dans la plupart des cas observés.

Nous avons vu que les résultats de la saignée avaient été déplorables. Quant aux autres médications (perchlorure de fer, ratanhia, ergot et ergotine, purgatifs, froid, agents extérieurs, etc.), qu'elles aient été employées seules, alternativement ou combinées, les résultats sont bien peu satisfaisants, et l'on peut évaluer à au moins 50 o/o le nombre des insuccès (1), je ne parle pas et avec intention de

1. Les observations dans lesquelles la médication suivie est exposée en détail, sont du reste assez rares.

l'adrénaline : ce médicament est entré depuis trop peu de temps dans la thérapeutique, et il y a fait son apparition au moment même où les médecins, frappés de l'inefficacité des produits pharmaceutiques, essayaient de lutter contre l'affection dont il s'agit par la diète hydrique. Toutes les observations où il est question d'adrénaline, indiquent en effet que l'on a commencé le traitement par la suppression complète ou à peu près de l'alimentation lactée, et son remplacement par un peu de liquide indifférent. (Eau simple, eau minérale.)

Ce qui m'a frappé dans la lecture de toutes les observations publiées, c'est que les hémorragies de l'estomac ou de l'intestin ont recommencé ou redoublé de violence après chaque ingestion de lait, soit par la tétée, soit à la cuillerée (obs. de Chavanne, p. 59, obs. III de Lequeux).

Ce fait est nettement caractérisé dans une des observations de M. Wallich. Dès l'apparition des premiers symptômes d'hémorragie, M. Wallich fait supprimer complètement l'alimentation et ne donne que ou de l'eau d'Evian ou de l'eau bouillie pure. L'écoulement de sang cesse de suite et ne se reproduit que quelques instants après que la mère, craignant que la diète ne mine son enfant, lui a donné le sein. Après chaque tétée, vomissements de sang en abondance, nouvelle suppression de lait et de nouveau cessation de l'hémorragie.

Dans ma première observation (p. 74, obs. n° IX) le même fait se reproduit. Pendant deux jours, héma-

témèse chaque fois qu'on remue l'enfant pour le changer ou qu'on vient de lui donner à boire. Le médecin ordonne le repos absolu et la suppression des tétées : l'hémorragie s'arrête, et si les selles contiennent encore un peu de sang, c'est manifestement du sang qui s'était accumulé dans l'intestin et non du sang sorti des vaisseaux au moment de son expulsion au dehors.

Une autre remarque à faire dans les observations à traitement médicamenteux, c'est que dans la plupart des cas suivis de guérison, l'enfant n'a pas pris de lait, soit que le médecin traitant l'ait défendu, soit que l'enfant ait été incapable de téter et que souvent le traitement a consisté à lui verser dans la bouche quelques cuillerées d'un liquide, soit mucilagineux, soit légèrement acidulé ou alcoolique, mais demandant toujours peu de travail à l'estomac pour l'absorption. N'est-on pas tenté d'attribuer la guérison au remplacement du lait par un liquide purement hydratant ? Ce liquide n'a pour but que d'empêcher la déshydratation du nouveau-né et l'on peut remarquer dans les observations de M. Wallich que les enfants ont perdu très peu de leur poids.

Les résultats sont bien plus encourageants avec le traitement actuel pratiqué à Baudelocque qu'avec les anciennes méthodes où le médecin allait, il faut bien l'avouer, un peu à tâtons. La mortalité était alors la règle presque générale tandis qu'elle est aujourd'hui presque exceptionnelle.

Loin de moi l'idée de dire que jamais le médecin

ne doit intervenir activement. Il est des cas où l'expectation est insuffisante et où l'on est forcé de lutter contre la perte de sang qui amènerait une issue fatale. C'est alors le moment d'utiliser l'action rapide de l'adrénaline. Les essais faits aujourd'hui sont encore peu nombreux, mais ils ont été constamment suivis de succès. Peut-être pourrait-on reprocher aux expérimentateurs d'avoir essayé le médicament dans des cas peu graves qui auraient guéri par la diète hydrique.

Tous les auteurs actuels s'accordent à attribuer à l'infection syphilitique héréditaire une part prédominante dans l'étiologie des hémorragies gastro-intestinales graves du premier âge, j'ai cité dans la deuxième partie de mon étude, 3 observations qui existent à ce sujet. Il est probable que les cas ont été beaucoup plus nombreux, mais que l'attention n'a pas été attirée de ce côté. Aujourd'hui, avec les observations si détaillées et si complètes des hôpitaux, cette cause ne passera plus inaperçue.

Pourquoi, lorsque les renseignements laissent entendre que l'enfant peut être sous l'influence de la syphilis, ne pas instituer dès le début un traitement spécifique par l'administration d'une cuillerée à café de la liqueur de van Swieten par jour ou mieux par des frictions mercurielles ? Je ne parle pas de l'iodure qui est contre-indiqué à cause de la susceptibilité de l'enfant en bas âge pour ce médicament. Le mercure n'a évidemment aucune action sur l'hémorragie elle-même, mais attaquant la cause des accidents il peut en empêcher le retour.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, il m'est permis de tirer les conclusions suivantes pour le traitement à apporter aux hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né.

Dès que le médecin aura reconnu l'affection il devra :

1° Faire supprimer toute alimentation de quelque nature que ce soit ;

2° Laisser l'enfant couché et lui occasionner le moins possible de mouvements ;

3° Donner toutes les heures ou toutes les deux heures 1 ou 2 cuillerées à bouche d'eau bouillie à peine tiède, pour calmer la soif et empêcher la déshydratation du nouveau-né ;

4° Maintenir la température de la chambre à 18 degrés environ ;

5° Entourer l'enfant de flanelles chaudes et placer autour de son petit corps des cruchons d'eau ou de sable chaud à 37 ou 38 degrés ;

6° Surveiller attentivement le poulx, la température et les selles ;

7° Si le poulx baisse, si la température diminue,

si l'état de l'enfant fait craindre une mort imminente
se servir de l'adrénaline ;

8° Recommencer l'alimentation en alternant le lait
et l'eau bouillie, lorsque les selles contiendront des
matières vertes et que le sang aura disparu ;

9° Dans le cas où les antécédents feraient crain-
dre une infection spécifique, faire selon le mode ha-
bituel des frictions d'onguent mercuriel, ou donner
de la liqueur de Van Swieten à la dose de 1 cuil-
lerée à café par jour.

Vu : le président de la thèse
PINARD

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Achmetieff.* — Journal de clinique et thérapeutique infantile
26-1 1899-57.
- Aguilar Jourdan.* — Sobre las hemorragias gastro-intestinales en los niños. Rev. valenc. de Gien. méd. Valencia, 1902, IV, 138, 142.
- Allilly.* — Intestinale hæmorrhage in the new born infant or infantile hæmorrhage. Memphis M. Monthly, 1900, XX, 526, 528.
- Anonyme Suisse.* — Archiv. der medicin, chirurgie und pharmacie von einer Gesellschaft Schweizerischer Aerzte herausgegeben. Aarau, 1816, Heft Jahrgang, p. 57.
- Audry* — Lyon médical, 27 octobre 1901.
- Ausset et Derodde.* — Congrès français de méd. Rapport, Paris, 1899, V. 735-738. Annales de Méd. de l'Enfance, 1900, p. 108.
- Bar.* — Journal des praticiens, 1893.
— Société d'obstétrique de France, 1905.
— Revue gén. de Clinique, et de Thérapeutique, 29 novembre 1893.
- Bar et Renou.* — Traité des maladies de l'enfance, de Grancher, Comby, Marfan.
- Barozzi.* — Presse Médicale, 6 janvier 1897, p. 8.

Barral (de Nîmes). — Observation sur l'hémorrh. gastro-intest. du nouveau-né. *Journal de médecine et de chirurgie pratique à l'usage des médecins praticiens*, 1894, p. 385, art. 15920.

Barrier. — *Traité pratique des maladies de l'enfance*, Paris, 1842. II, p. 15.

Baumel. — *Montpellier Médical*, 22-29 novembre 1904.

Billard. — De la muqueuse à l'état sain et à l'état inflammatoire, Paris, 1825.

— *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, 3^e édit., p. 360, obs. XLII, p. 395, obs. 4.

Binz. — *Berl. Klin. Wochensch.* II, 1865, p. 148-164.

Blumen. — *The Journal of amer. medic. Associa.* 29 déc. 1900.

Bouchacourt et Jeannin. — *Soc. obstétr. de Paris*, 19 mars 1903.

Bouchut. — De l'hémorrhagie intestinale chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle. *Actes soc. de méd. des Hôp. de Paris*, 1832, II, 116-132.

— *Manuel pratique des maladies des nouveau-nés et à la mamelle*. Paris, 1825.

Bousquet. — *Annales de méd. et chirurgie inf.* Paris, 1906, X, p. 493-500.

Bourrus et Vaton. — *Bull. soc. d'anat. et de physio. de Bordeaux*, 1890, XI, p. 100-102.

Bozonet. — *Thèse*. Paris, 1866.

Brebesius. — De vomitionibus et dejectionibus curentis in puericulo recens nato salutaribus et per exhibit permatis oeli et oleo amygdalius resoluti curatis. *Obs.* XXVIII.

— De vomitu et secessu cruento in puericulo recens

nato lethali. Obs. LVIII. Acta phys. med. acad. nat. curios. vol. IV, novembre 1737.

Bridge. — A case of intestinal hæmorrhage in an infant ou Day old. Chicago, M. J., 1875, XXXII, 485.

Brophy. — Report of a case of gastro intestinal hæmorrhage in a new boru Child Plula. M. J., 1899, III. 848.

Bureau-Beboni. — Th. Paris, 1897-1898.

Bührleu. — Hæmorrhagia intestinalis bei Newgeborenen. Med. Cor. Bl. d. Wurtemb. ærztl. Verem. Stuttg. 1852, XXII, 237.

Busch. — Krankheiten der fœtus, Breslau, 1837.

Champetier de Ribes et Senlecq. — Traitement par l'adrenaline des Hémorragies intestinales du nouveau-né. Compte rendu de la Soc. d'obst., de gyn. et de pœdia. de Paris, 1907, IX, p. 135-140.

Claude. — Soc. méd. des Hôp., 6 février 1903

Comby. — Archives des mal. de l'enfance, 1902.

— Gaz. hebd. de méd. et chirurg. 1896, n° 87.

Cornely. — Archiv. des mal. de l'enfance, 1902.

Cornil. — Arch. de méd., 12 mars 1901.

Colsmesco. — Th. Paris, 1897-1898.

Coulon. — Th. Paris, 1905.

Couvelaire. — Ann. de gyn. et obs., août 1903.

Demelin. — Traité des malad. de l'enfance de Grancher et Comby, 2^e édit., t. V, p. 93, III, p. 114.

Depaul. — Dict. encyclo. des sciences méd. Art. nouveau-né.

Despine et Picot. — Melæna des nouveau-nés, in Maladies des enfants, 1877, p. 392.

Devergie. — Medleg, 1883.

Dolériss. — Soc. obsté. de gyn. de Paris, juin 1898.

Doyon, Morel, Kareff. — Ac. des sciences, 20-27 mars 1905.

— Acad. des sciences, 18-24 avril 1904.

Dubois (Amable). — Thèse Paris, 1848.

Durante. — Société de pédiatrie, 1897.

Dusser. — Thèse Paris, 1889-1890.

Edsal. — Archives de pédiatrie, 1889.

Eleonor Killiam. — Achv. of. Ped., mars 1899.

Eustache. — J. de méd. et de chirur. prat., 1883.

— J. des sc. méd. de Lille, 1896, II, p. 265-276.

Ebarth. — Ein ganz blütiger fœtus der gleich nach der gebuct, blutt weggebrenhen. Samlung von natûr und Medicin wie aûch licher gehærigen. Kunst ûnd litteratur geschichten 10 nicht anno 1723 u. J. w. Heransgegeben von einigen academisch. Naturæ curios. in Breslau sommert quart, 1723. S. 552.

Ettinler. — Commerc litter. adrei medicæ et scient natur incrementum institut heb. XIV.

Fleischman. — Zur etiologie der melœna vero jahrbuch der kind. NF. III, s. 2, Heft. Leipzig, 1870.

François. — Thèse de Paris, 1903.

Gailleton. — Pédiatrie pratique, 1904.

Garber. — Report of a gastro-intestinal hæmorrhage in nevo born. infant pediatrics New-York, 1897, IV.

Gendrin. — Traité philos. de méd. pratique, t. I, p. 189 et 211.

Gilbert. — (Cité par Garnier) Congr. internat. des sciences méd., août 1903.

Gilbert et Herscher. — Soc. de biol., 31 mai 1902.

— 19 juillet 1902.

Gilbert et Lereboullet. — Soc. méd. des hôpitaux, 29 déc. 1901, 28 mars 1903 et 31 déc. 1901.

Gilmau (C.-R.). — Case of discharge of blood from the bowels of a new born infant. *Ann. J. m. sc. Phila.*, 1835, XVI, 248.

Goislard. — Thèse Paris, 1900.

Goudard. — Un cas d'hémorragie intestinale chez le nouveau-né. *Bull. soc. méd. de Pau*, janvier 1902.

Gouget. — Soc. de biol., 1703, 19 déc.

Graves (J.-B.). — Hemorrhage from the bowels of a new-born infant. *Med. surg. reporter. Phila.*, 1870, XXII, 188-190.

Grandidier. — *Journal de méd. et chirurgie pratiques*, 10 déc. 1900.

Grenet. — Thèse Paris, 1903.

Griffon et Nathan-Sarrier. — Société anat., 31 octobre 1902.

Grumbert et Legros. — Soc. de biologie, 19 mai 1900.

Grynsfeld. — *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 1892, l. 37.

— *Nouveau Montpellier médical*, 1892, p. 125-133, t. I.

Guinon-Rist-Simon. — Soc. méd. des hôpitaux, 8 juillet 1904.

Guttmann. — *Gazette des hôpitaux*, 1900, 14 janvier p. 08 et la *Presse médicale belge*, 14 janvier 1900, p. 30.

Haas. — Todliche Blutung aus dem tractus intestinalis bei einem Menggeborenen. *Med. Jahrb. f. d. Herzogth. Nassau Wiesb.* 1851, 320-322.

Hayem. — Le sang.

Hayem et Bensande. — Soc. méd. des hôpitaux, 13 février 1903.

— Soc. de biologie, 12-29 janvier 1901.

Henry (G.-H.). — Fatal hæmorrhage from the bowels in a

neuborn infant. Am. J. M. Sc. Phila, 1854, N. S., XXVIII, 268.

Hergott. — Archives de tocologie et de gynécologie, 1894, n° 4.
Journal des Praticiens. 1894, p. 100.

— Contribution à l'étude de l'étiologie des hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né. Revue médicale de l'Est. Nancy, 1894, XXVI, 33-41.

Hermery. — Thèse de Paris, 1896-1897.

Hesse. — Kon dum Llutnwbwnfam und dun Melœna Mengheborenen. Prezor Allgemeine medic. Annales, 1825, juin 6.

Hofmann (J.). — Spotaner Blutabgang ans dun After eines neubeborenen Kindes Med. Ann. Heidelb, 1842, VIII, 241 ; 1843, IX, 164.

Hollges. — Société obstétricale de Londres, 4 décembre 1889.

Holt. — Arch. of pediac. 1902. p. 278.

Hogenreg. — Blutung ans dem dick Darmeines Neugeborenen Med. Ztg. Berl. 1852, XXI, 71.

Hull (M. M.). — Hemorrhagie typhoïdin a Child ; recovery. Pediatrics N. York, 1905, XVII, 17.

Hutinel. — Thèse de Paris, 1877.

Hutinel et Auscher. — Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby.

Jeannin. — Soc. d'obstétrique. Paris, 10 décembre 1902.

Jouve. — Thèse de Paris, 1903.

Juliand (de Genève). — Société de biologie, 5 juillet 1901.

Joyan. — Thèse de Bordeaux, 1886.

Jordan (Aguilar). — Sobre las hemorragias gastro intestinales en los ninos. Rev. valence de Gien. med. Valencia, 1902, IV, 138-142.

- Katz.* — Société d'anatomie, 19 juillet 1901.
- Kivisch.* — Sur l'apoplexie intestinale des nouveaux-nés.
Gazette médicale de Paris, 1841, p. 635 (omphaloragie).
- Kling.* — Ueber melœna neovratorum. Dussert-Munchen, 1875.
- Knopfmacher.* — Krankheiten des Neugeborenen. Ursachen der magen darmblutung in Handbuch der Kinderheilkunde. Leipzig, 1906. Band I, Heft II, pp. 485-490.
- Kranche.* — Ueber die föllische duodenalblutungen bei neugeborenen. Tnang Diss. Kiel, 1891-80.
- Labbé (Marcel).* — Presse médicale, 18 janvier 1899, n° 5, p. 22. Société médicale des hôpitaux, 27 janvier 1905. Bulletin de société anatomique, 12 janvier 1899.
- Lafaurie.* — Annales de Montpellier, I, XIX, p. 79.
- Landan.* — Ueber melœna der Neugeborenen. Nebst. Bemerkungen über die obliteratum des acetalin Wege. Breslau, 1874.
- Lapicque.* — Académie des sciences, 23 juillet 1902.
- Lapin (M.).* — Hémorragie intestinale chez un enfant. Diets med. Mosk, 1901, VI, 141.
- Latarjet.* — Soc. méd. des hôpitaux de Lyon, 29 nov. 1904, 13 déc. 1904.
- Launoy.* — Soc. de biologie, 5 novembre 1905.
- Lecomte.* — Thèse de Paris, 1897.
- Lepage.* — Hémorragie des nouveau-nés. Précis d'obstétrique, 5^e édition. Paris, 1900, pp. 1284-1287.
- Lequeux.* — Soc. obs. de France, 1905.
— Thèse de Paris, 1905-1906 (90-973).

- Lesne et Ravaud.* — Soc. de biologie, 14 déc. 1901.
- Lenret.* — Thèse de Bordeaux, 1905.
- Loranchet.* — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1793. N° 38, p. 436.
- Lugeol.* — Journal de médecine et de chirurgie pratique, 1892, art. 15, 219.
- Lumpe.* — Merkurirdiger Fall von Blutabgang durehden after bei einem Nengeborenen. Oesterr. med. Wechocher, Wien. 1841, 1201-1204.
- Marfan, Arragn et Detot.* — Archives de pédiatrie, 21 janvier 1904.
- Mauriceau.* — Traité des maladies des femmes grosses, t. II, obs. CCIVI.
- Mayer.* — Académie des sciences, 16-23 mars 1903.
- Maygrier,* — Soc. obst. de France, 1905.
- Mederling.* — Ueber melœna.
- Milon.* — Thèses de Paris 1897.
- Moll.* — Schmidt 6 Jahrbücher Bd 18 p. 304.
- Merazeck.* — Syphilis hemorragia neonatorum kurteljahr b. dermat. u. syph. Vienn. 1881 XIV, 117-176 2 pl.
- Naele (Richard).* — Dublin Hopital. Gazette 1854.
- Netter.* — Hémorragies gastro intestinales-in : traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson, 1905 IIII, p. 263-272.
- Nobécourt.* — Recherche sur la pathogénie des affections gastro-intestinales des jeunes enfants. Paris, 1898-1899.
- Occhini.* — Dell. emorragie gastro intestinale nei-neonat. gazz. med. Roma 1893 XIX, 384.
- Oppenheim.* — Thèse de Paris, 1902.
- Orfila.* — Leçon de méd. légale. Paris 1828.

Orłowsky. — Thèse de Paris, 1897.

Otto. — De hemorragia neonatorum intestinalo-Tuang. Diss. 1856.

Otto. — Deutsche medicin. Woch., p. 432.

Ouž. — Soc. de biol., 17 mai 1902.

— Les hém. gast. intest. des nouveau-nés. Revue prat. d'obs. et de pédiatrie. Paris, 1897, X, 1.33.

— Quatre cas d'hém. gast. int. de nouv. nés suivis de guérison. Journal de méd. de Bordeaux.

Ovazza. — Turin anal. Arch. de méd. inf. Juin 1905.

Paris (Salomon). — Soc. de biol., 14 nov. 1903.

Périer. — Ann. de méd. et de chir. inf. Paris, 1900, IV, 477.

Pirinski. — Thèse de Toulouse, 1905.

Publication tchèque. Sem. méd. Juillet 1902.

Quiservec. — Thèse de Paris, 1902.

Rahn Escher. — Observations sur les hémorragies des premières voies. Gaz. de Paris, 1830, p. 401.

Remy. — Des hém. gast. intest. chez le nouveau né. Rev. méd. de l'Est. Nancy, 1890, XXII, 630-633.

Reinach. — Zur therapie der sommediarrhœn, un sanglings alter Muncherer medicinische wochemphrift, 5 mai 1896, p. 421.

Ribemont. — Des hém. chez le nouveau né. Thèse d'agrégation, 1880.

Ribemont Dessaigne. — Précis d'obst., 1904, S. 1366 et 1367.

Richelot. — Académie de méd., 9 mai 1905.

Rillet. — Presse médicale, 1894, l. XX.

— Gazette méd. de Paris, 30 déc. 1848, p. 1029-1039.

Rillet et Barthez. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 2^e édition, 1863, t. II, p. 295.

Rillet, Barthez et Sanné. — Traité pratique des maladies de l'enfance, art. melœna.

Rist, Ribadeau et Dumas. — Société de biologie, 12 mars 1904.

— Société de biologie, 1893.

Rist et Garnier. — Revue médicale, 1901, 10 février, p. 97.

Ritter von Rittershain. — Die bluttengen in fruhesten hendeshalter des Jahrb. Pœd., 1871 ou 1872, t. II, p. 129.

Sabrassez et Fouquet. — Soc. de biol., 20 mars 1901.

Sabrassez et Muratel. — 1902.

Schallemuller. — Hemorrhagio intestinalis bei Neugeborenen. Med. Cor. Bl. d. nürtemb. ärzth. Ver. Stuttg, 1853, XXIII, 171.

Schuller. — Ueber livre eigen thumliche hæmorrhagie in den Dickdarm bei Neugeborenen.

— Ztrchr. d. K. K. Gesellech. d. Aerzte zu Wien 1864, I, 10-18.

Sicard. — Soc. méd. des Hôp., 14 juillet 1904.

Siredey et Lemaire. — Soc. méd. des Hôpitaux, 4 mars 1904.

Small. — Gastro hem. in the newborn. J. A. M. As. Chicago, 1900. XXXV, 1084-1086.

Stassano et Billon. — Soc. de biol., 25 avril 1903.

— Soc. de biol., 11 février 1903.

Stevens (N.-C.). — Case of hæmorrhage in an infant. Boston, M. D. S. J., 1858, l. VIII, 396-398.

Stevenson (L.-E.). — A case of gastro-intestinal hæmorrhage in an infant. Lancet. Lond., 1893, I, 927 et 1895, II, 1622.

Silbermann. — Jahrb. f. Kinderheilk, 1877, bd. XI.

Taylor (W.-E.). — Case of intestinal hæmorrhage in a child

one day old ; fatal. Virginia M. Month, Richmond,
1877-1878, IV, 672.

Terrien. — Thèse de Paris, 1899.

Vaquez et Ribière. — Soc. de biol., 28 mai 1904.

Vaquez, Ribière et Quiserne. — Soc. de biol., 1902, 20 juillet.

Vernet. — Thèse de Montpellier, 1904.

Victor (Henry) et Callugaraume. — Soc. de biol., 9 et 16 jan-
vier 1905.

— Académie des sciences, 24 février 1902.

Vincent. — Soc. de biol., 10 juillet 1902.

Vogel. — De cognoscendis et enrandis præcipius corporis
humain affectibus. Gœtlinger, 1792, p. 215.

Vogel. — Traité des maladies de l'enfance, 1871.

Walleix. — Guide du médecin praticien, art. melœna.

Wallich. — Eléments d'obstétrique, p. 422.

Wial, Sicard et Ravaut. — Soc. de biologie, 8 février 1902.

Widal et Rostaine. — Soc. de biologie, 19 février 1905.

Wrzosech. — Sem. méd., 28 janvier 1905.

Young (W.-B.). — Hemorrhage frons ttre bowels ma new-
born infant ; recovery,

— Am. J. M. Sc. Shila, 1854, n. s. XXVIII, 280.

